



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL BASADA EN
LA TERAPIA PSICOLÓGICA INTEGRADA EN PACIENTES
CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA TIPO
PARANOIDE EN FASE DE REMISIÓN PARCIAL

PSIC. VANESSA M. ALGUERO M.

TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS
PARA OBTENER EL GRADO DE MAGÍSTER EN
PSICOLOGÍA CLÍNICA

PROFESOR ASESOR: DR. JORGE I. CISNEROS

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2005

ST

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICE-RECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Programa de Maestría en Psicología Clínica

Facultad de: Humanidades

Numero de Código:

Nombre del Estudiante: Vanessa Michele Alguero Méndez

Título al que Aspira: Maestría en Psicología Clínica

Tema de Tesis: Intervención cognitivo-conductual basada en la terapia psicológica integrada en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia tipo paranoide en remisión.

Resumen Ejecutivo: La terapia psicológica integrada se trata de un programa terapéutico que integra aspectos cognitivos y psicosociales en su intento rehabilitador de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. La presentación del programa incluye cinco módulos, los cuales se ordenan de manera que inicialmente se incide en los trastornos perceptivos y cognitivos, luego en las habilidades sociales, de comunicación verbal y de resolución de problemas interpersonales.

Nombre del Asesor: Dr. Jorge I. Cisneros

Firma del Asesor:

Firma del Estudiante:

Aprobado por:

Guillermo A. Lopez (Coordinador de Maestría en Ps. Clínica)

AUTOR
DEL
RESUMEN
3450

DEDICATORIA

Dedico este estudio a todas las personas que formaron parte de la muestra, en quienes vi reflejada la grandiosidad de la mente del ser humano, capaz de cambiar y producir resultados realmente impresionantes. Son mi fuente de inspiración para seguir adelante con este proyecto con el cual quiero insistir en la eliminación de los tan perjudiciales estigmas que rodean a la enfermedad mental en estos tiempos, especialmente a los que tienen un diagnóstico de esquizofrenia.

AGRADECIMIENTOS

Gracias.....

- A Dios, por brindarme tantas oportunidades para salir adelante en mi profesión.
Por ser mi guía y apoyo espiritual.... por darme paz y felicidad.
- A mi mamá, por estar pendiente...por ser un modelo de lucha ante las adversidades de la vida
- A mi papá y Lourdes, son un vivo ejemplo de lo que quiero lograr en mi vida profesional
- A mis abuelos, por estar siempre pendiente de mis progresos y consolándome cuando hubo obstáculos
- A César, por toda la paciencia y el interés en escucharme...por hacerme sonreír siempre.....por estar ahí incondicionalmente.....
- A los Profesores Jorge Cisneros y Gerardo Valderrama, quienes en todo momento creyeron en este proyecto y me motivaron a seguir mis metas
- A la Dra. Lisbeth Morales, quien me abrió las puertas para realizar este estudio.
- A todo el personal que labora en el Centro de Recuperación y Rehabilitación Tyhana, quienes me apoyaron mucho
- A todos mis amigos.... su amistad y apoyo no tiene precio...

ÍNDICE GENERAL

Hoja de Aprobación	
Dedicatoria	
Agradecimientos	
Índice de Tablas	
Índice de Gráficos.	
Resumen	1
Introducción	2
Revisión de Literatura.	5
1. La esquizofrenia.....	5
a) Antecedentes del concepto.....	5
b) Criterios para realizar el diagnóstico.....	7
c) Etiología.....	9
d) Síntomas.....	11
e) Clasificación.....	13
f) Pronóstico.....	14
g) Prevalencia.....	15
h) Tratamiento.....	15
2. Presencia de déficit cognitivos en la esquizofrenia y su repercusión en el Funcionamiento social de las personas con este diagnóstico.....	16
3. Terapia cognitivo-conductual de los trastornos psicóticos.....	16

3.1. Terapia Psicológica Integrada para la esquizofrenia (IPT).....	17
Aspectos Metodológicos	23
Resultados	46
Discusión	68
Conclusiones	76
Recomendaciones.	78
Literatura Citada	79
Apéndices	81
Certificación de Consentimiento Informado.....	82
Hoja de información para el posible participante.....	83
Revocación del Consentimiento Informado.....	85
Consentimiento Informado.....	86
Escala GEOPTE de Cognición Social para la Psicosis.....	
Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana (Life Skills Profile, LSP).....	

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro I: Edad y sexo de las personas que residen en el Centro de Recuperación y Rehabilitación Tyhana que participaron del estudio como parte de la muestra

Cuadro II: Calendario de actividades realizadas

Cuadro III: Medias y desviaciones estándar de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Funciones Cognitivas Básicas de la Escala GEOPTE de Cognición Social para la psicosis

Cuadro IV: Medias y desviaciones estándar de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Cognición Social de la Escala GEOPTE de Cognición Social para la psicosis

Cuadro V: Medias y desviaciones estándar de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Autocuidado de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana

Cuadro VI: Medias y desviaciones estándar de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Comportamiento Social Interpersonal de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana

Cuadro VII: Medias y desviaciones estándar de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Comunicación-Contacto Social de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana

Cuadro VIII: Medias y desviaciones estándar de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Comportamiento Social no Personal de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana

Cuadro IX: Medias y desviaciones estándar de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Vida Autónoma de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Funciones Cognitivas Básicas de la Escala GEOPTE de Cognición Social para la psicosis

Figura 2: Medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Cognición Social de la Escala GEOPTE de Cognición Social para la psicosis

Figura 3: Medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Autocuidado de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana

Figura 4: Medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Comportamiento Social Interpersonal de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana

Figura 5: Medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Comunicación-Contacto Social de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana

Figura 6: Medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Comportamiento Social no Personal de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana

Figura 7: Medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Vida Autónoma de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana.

RESUMEN

Se trata de un estudio que mide la efectividad de un programa de intervención de tipo cognitivo-conductual para el mejoramiento de la percepción sobre las funciones cognitivas básicas y de la cognición social y las habilidades de la vida cotidiana. Se basa en la utilización del Programa de Terapia Psicológica Integrada creado por el Dr. Volker Roder y colaboradores, utilizando las estrategias propuestas en su programa, modificando un mínimo de su contenido. Siguiendo sus parámetros, se utilizó un grupo control y uno experimental, los cuales fueron medidos antes y después de la intervención. Se llevó a cabo en el Centro de Recuperación y Rehabilitación Tyhana y tuvo una duración de tres meses, con tres sesiones semanales. Se utilizó la prueba T de Student para analizar la diferencia entre las medias de los resultados. Se encontraron datos estadísticamente significativos que indican una mejoría en cuanto a las variables medidas, descartando la posibilidad de azar respecto a los cambios producidos.

SUMMARY

It's about a study that measures the effectiveness of an cognitive-behavioral intervention program for the improvement of the perception over basic cognitive functions, the social cognition and everyday life activities. It's based on the utilization of the Integrated Therapy Program, by Dr.Volker Roder and cols., using the strategies proposed in his program, with a minimum modification of its content. Following his parameters, this study used a control and a experimental group, which were measured before and after the intervention. It took place in Centro de Recuperación y Rehabilitación Tyhana and lasted three months, with three sessions per week. The variables were analyzed through Student's T. This study found statistically significant data that indicates an improvement of the measured variables, ruling out the possibility of changes produced by chance.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una enfermedad mental que afecta al 1% de la población mundial. En muchas ocasiones, las personas a las que se les hace este diagnóstico, suelen recibir atención médica inmediata, siendo el tratamiento farmacológico su primera opción para la remisión de los síntomas.

Consideramos que es muy importante que las personas con este diagnóstico reciban su medicación, pero a la vez estamos proponiendo con este estudio, que se realice una terapia de tipo integral, de allí el nombre de Terapia Psicológica Integrada, ya que fusiona los procedimientos que se utilizan en la medicina y se apoyan en la terapia psicológica de tipo cognitivo-conductual, cuyo concepto básico es la obtención de cambios a nivel cognitivo (pensamientos y sentimientos) para lograr modificaciones en cuanto a la conducta.

Este estudio tomó en cuenta la rehabilitación de funciones cognitivas básicas y de cognición social, que están muy relacionados con las habilidades que debe tener una persona para desenvolverse en la vida cotidiana. Dentro de estas habilidades nos referimos al autocuidado, el comportamiento social-interpersonal, la comunicación-contacto social, el comportamiento social no personal y la vida autónoma.

Nos parece importante la realización de este estudio ya que a nivel mundial y también en Panamá, existe una fuerte tendencia a vincular las enfermedades mentales, especialmente la esquizofrenia, con conductas violentas, agresividad y actos ilegales.

Esta información sesgada mantiene los prejuicios y hace persistente la idea de que las personas con este diagnóstico son sujetos agresivos, con gran potencial de violencia y conducta irracional, lo cual ha sido comprobado como falso. Muchas veces las crisis son parciales y transitorias. Una vez superadas, la persona puede seguir su vida de manera normal, siempre y cuando mantenga los controles y tratamientos adecuados.

Deseamos abrir camino en los estudios de la esquizofrenia, tomando en cuenta otros programas de intervención terapéuticos diferentes a los tradicionales, incursionando en el campo de la psicología cognitivo-conductual, que ha sido un valioso aliado en el tratamiento de la esquizofrenia y ha presentado resultados innovadores en cuanto a cambios en cuanto a formas de pensar y actuar de los que participan en estos estudios.

Cambiando esta concepción errónea, estamos dando la oportunidad a los que atraviesan por esta enfermedad, para que puedan demostrar que son personas muy valiosas que pueden vivir, compartir y ser exitosas en una sociedad libre de prejuicios, que fomente la igualdad y el respeto de los derechos humanos por igual para todas las personas, tengan o no una enfermedad mental.

Iniciamos la presente investigación con la presentación del marco teórico en el cual se basan nuestros planteamientos. Hacemos un recorrido por todos los aspectos que se relacionan con la esquizofrenia, desde su definición hasta las posibles formas en que se puede tratar, profundizando en el tratamiento de tipo cognitivo-conductual basado en la Terapia Psicológica Integrada, que es la que nos ocupa.

Presentamos el contenido del programa de intervención, con los procedimientos que se llevaron a cabo, con las mediciones de ambos grupos utilizados y con el análisis estadístico de los resultados, con sus debidas discusiones y conclusiones.

Por último, hacemos recomendaciones que se pueden tomar en cuenta en futuros estudios que utilicen este tipo de intervención dentro de este marco terapéutico.

REVISIÓN DE LITERATURA

1. La Esquizofrenia

a) Antecedentes del concepto:

En 1852 el psiquiatra belga Benedict Morel describe por primera vez este concepto bajo el nombre de “*démence precoce*”. Luego, en 1896, Emil Kraepelin distingue un conjunto de desórdenes que se caracterizaban por la presencia de delirios y vacío en la afectividad, de aparición bastante temprana, cuyo curso era muy probable que fuera de tipo crónico y con secuelas de gran deterioro. A este cuadro sintomatológico lo llamó “*dementia praecox*” en las sucesivas ediciones de su Tratado de las Enfermedades Mentales (1907). Este término lo utilizó para hacer la diferenciación entre esquizofrenia y las “psicosis orgánicas”, tales como la enfermedad de Alzheimer, en la cual las alteraciones psicopatológicas eran evidentes, caso contrario pasaba en la “*dementia praecox*”, donde no eran tan identificables, por lo que le cambió el nombre a “psicosis funcionales”.

También hizo una distinción entre la “*dementia praecox*” y las “psicosis maniaco-depresivas”, cuyo curso era intermitente y contaban con la presencia clara de sintomatología depresiva. Es por esto que se considera a Emil Kraepelin como el “definidor” de la esquizofrenia, quien aunque se haya basado más que todo en el curso y desenlace del trastorno para hacer esta descripción, también incluyó síntomas como las

alteraciones formales del pensamiento, de la atención, alteraciones emocionales, negativismo, conductas estereotipadas y la presencia de alucinaciones. Kraepelin distinguió tres formas clínicas: la hebefrénica, la catatónica y la paranoide, cuya característica común era la desconexión de la vida psíquica. (Jiménez et al en Bellock, 1995).

En 1911 Eugene Bleuler propone cambiar el nombre y llamar a los demencias precoces “esquizofrenia”, ya que se dan cuenta de que la mayor parte de los pacientes con este trastorno no estaban dementes, sino que presentaban dificultades en cuanto a su capacidad asociativa que alteraba su pensamiento, dando origen a alteraciones de la expresión simbólica de los procesos inconscientes (Pardo, 2005).

Para Bleuler, la esquizofrenia era un proceso lento, pero progresivo y profundo que se caracterizaba por un síndrome deficitario (negativo) de disociación y por un síndrome secundario (positivo) que producían ideas delirantes, alucinaciones y alteraciones de tipo afectivo. Hizo la distinción de cuatro formas clínicas con sus respectivos síntomas clínicos: paranoide, hebefrénica, catatónica y simple (Téllez-Vargas, 2001).

El concepto bleuleriano fue bien aceptado luego de la publicación y traducción del texto *Dementia Praecox* o el grupo de las esquizofrenias, constituyendo en 1950 y 1960 la descripción prototípica de la esquizofrenia en la mayor parte de Estados Unidos, Inglaterra y Europa.

Luego de la Segunda Guerra Mundial, se reúnen psiquiatras estadounidenses de diversas tendencias que ven la necesidad de lograr diagnósticos más consistentes a través de la utilización de un lenguaje común, por lo que la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) formula en 1952 el Manual Diagnóstico y Estadístico, ahora

denominado DSM-I y utilizado en la actualidad en el ámbito de la salud mental, en su versión revisada, DSM-IV-TR. En el mismo se clasifica a la esquizofrenia dentro de los trastornos psicóticos (Jiménez, op. cit.).

Finalmente, podemos definir la esquizofrenia como un grupo de trastornos caracterizados por procesos cognitivos gravemente deteriorados, desintegración de la personalidad y aislamiento social (Sue et al, 1994).

b. Criterios para realizar el diagnóstico:

Los criterios diagnósticos para la Esquizofrenia, según el DSM-IV-TR son:

A. Síntomas característicos: dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. ideas delirantes
2. alucinaciones
3. lenguaje desorganizado (por ejemplo, descarrilamiento frecuente o incoherencia)
4. comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
5. síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Nota: Sólo se requiere de un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

- B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como lo son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).
- C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o al menos si ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).
- D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.
- E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito) (American Psychiatric Association, 2002).

c) Etiología:

Existe evidencia de que la esquizofrenia es causada por factores de tipo biológico, pero también hay otras corrientes que piensan que la influencia psicosocial incide en el desarrollo de este trastorno. Para efectos de este estudio, nos basaremos en el modelo que combina ambos enfoques: modelo de vulnerabilidad-estrés.

Este modelo presenta que la esquizofrenia desencadena trastornos en el procesamiento de la información. En un estudio realizado por Zubin y Spring en 1977, se intenta conceptualizar un modelo de tipo integrado que abarca más sobre esquizofrenia e hicieron la distinción entre una vulnerabilidad (susceptibilidad, especial propensión) para dicho trastorno, como característica -o rasgo- el cual permanece en el tiempo de manera estable con episodios psicóticos más agudos, a los que llamaron estados cambiantes (Roder et al, 1996).

El modelo de vulnerabilidad- estrés muestra cómo actúan los estresores ambientales en la vulnerabilidad biológica para producir la patología y las incapacidades psicosociales secundarias propias de la esquizofrenia. Debido al surgimiento de este modelo, la Terapia Psicológica Integrada (IPT) se apoya en el mismo, orientándose hacia un objetivo doble, por un lado el desarrollo y fortalecimiento de aquellos factores que permiten una

óptima protección de la persona (que básicamente incluyen el tratamiento farmacológico, las habilidades personales de afrontamiento y de autoeficacia, la capacidad cognitiva de procesamiento y el apoyo social) y por otro, la disminución o eliminación de los estresores ambientales y de la vulnerabilidad biológica subyacente (Vallina y Lemos, 1998).

Brenner y colaboradores han planteado un modelo en el cual, las interrelaciones entre los déficit cognitivos y sociales pueden ser representadas como dos círculos viciosos. En un primer círculo, las deficiencias cognitivas básicas (memoria, atención) interfieren en el rendimiento del nivel siguiente (planificación ejecutiva), lo cual a su vez, dificulta la función del nivel anterior. Esta espiral lleva al deterioro de la percepción y a una respuesta social desadaptada, formando un segundo círculo, en el que la disfunción cognitiva impide el desarrollo de habilidades de afrontamiento de la vida cotidiana, dejando a la persona más vulnerable aún al estrés social e impidiendo la adquisición de nuevos conocimientos (Cavieres y Valdebenito, 2005).

Este modelo es conocido también con el nombre de diátesis-estrés. La palabra “diátesis” significa predisposición. Tiene su concepto original en que para que se desencadene la esquizofrenia es necesaria tanto la existencia de una predisposición a desarrollar la enfermedad (vulnerabilidad), como la presencia de sucesos vitales que alteran el funcionamiento de la persona (estrés). Los factores de vulnerabilidad se activan cuando el sujeto experimenta situaciones estresantes, en ese momento puede aparecer la sintomatología propia de la esquizofrenia. La vulnerabilidad está determinada por factores genéticos, bioquímicos y cognitivos (García Nieto y cols, 2003).

Según este modelo, un episodio del trastorno esquizofrénico sólo se presenta si una persona que es vulnerable se enfrenta con exigencias del medio que hagan que sobrepase sus límites y posibilidades de tratamiento. A este episodio se le llama crisis aguda, producto de una sobreexigencia. La relación entre la tendencia a caer en una crisis (vulnerabilidad) está relacionada de forma recíproca con el estrés o los estresores (sobreexigencias) y guardan una relación inversa: si la vulnerabilidad es muy pronunciada, una exigencia de grado mínimo bastará para producir una crisis. De lo contrario, si la vulnerabilidad es menor, una crisis se presentará sólo en casos en que las exigencias sean mayores. Cabe destacar que los estresores que desencadenan el episodio no modifican el nivel de vulnerabilidad, sino que lo ponen de manifiesto (Roder, op. cit.).

d) Síntomas:

La sintomatología de la esquizofrenia incluye delirios, alucinaciones, comportamiento extravagante y trastornos del pensamiento.

En 1973, Carpenter, Strauss y Bartko comienzan a clasificar estos síntomas en positivos y negativos (Jiménez, op. cit.).

Los síntomas positivos incluyen las alucinaciones, los delirios, los trastornos del lenguaje y del pensamiento y el comportamiento desorganizado o catatónico.

Los síntomas negativos son la alogia, anhedonia, abulia y aplanamiento afectivo (American Psychiatric Association, op. cit.).

A continuación ampliamos la información de cada uno de los componentes de ambas categorías, empezando con los síntomas positivos: las alucinaciones o distorsiones perceptivas son percepciones sensoriales que no son atribuibles de manera directa a estímulos ambientales. Se presentan a través de uno o varios sentidos: escuchar voces (alucinaciones auditivas), ver imágenes (alucinaciones visuales), sentir olores (alucinaciones olfativas), sentir cosas (alucinaciones táctiles) o saborear cosas (alucinaciones gustativas) (Sue, op. cit.).

Los delirios son interpretaciones erradas de la realidad, aún cuando existe evidencia externa (de la realidad) que indique lo contrario. Se pueden expresar en diversas modalidades: delirios de persecución, de control de pensamiento, de grandeza, somáticos, de robo de pensamiento, de culpa o pecado, místico religioso, de referencia, de lectura del pensamiento o irradiación, de difusión del pensamiento o inserción en el mismo (Sarason y Sarason, 1996).

Los trastornos formales del pensamiento o pensamiento desorganizado son la característica más importante de la esquizofrenia, según la Organización Mundial de la Salud. Esto se debe a la falta de discernimiento que experimentan los sujetos con esquizofrenia, sobretudo en la fase activa de su enfermedad y no pueden reconocer que su pensamiento se encuentra alterado. Incluye la pérdida de las asociaciones (descarrilamiento), respuestas que no se asocian a la pregunta (tangencialidad) y lenguaje gravemente desorganizado (incoherencia) (Sue, sup.cit.)

El comportamiento gravemente desorganizado se refiere a conductas raras o extravagantes, tales como vestimentas inapropiadas, infantilismos, agitación inmotivada

(gritos, violencia) y un comportamiento sexual no apropiado (masturbación en público) (Jiménez, op cit.).

Con respecto a los síntomas negativos, se denomina abulia a la falta de higiene o aseo, de persistencia en el trabajo o escuela y anergia física, quejas subjetivas de apatía.

La anhedonia o insociabilidad es la disminución del interés en actividades y de la actividad sexual, de la capacidad de sentir intimidad, de las relaciones con amigos y semejantes.

La alogia se caracteriza por pobreza de lenguaje y de contenido del mismo, bloqueo y una latencia de respuesta incrementada.

La pobreza afectiva/afecto aplanado se refiere a la expresión facial inmutable, disminución de movimientos espontáneos, escasez de ademanes expresivos y de contacto visual, ausencia de respuesta afectiva y de inflexiones vocales (Chinchilla, 2000).

e) Clasificación:

Según el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales- DSM-IV-TR, la esquizofrenia se divide en 5 subtipos: tipo paranoide, tipo desorganizado, tipo catatónico, tipo indiferenciado y tipo residual. A continuación ampliamos los criterios diagnósticos para el tipo paranoide (American Psychiatric Association, op. cit.)

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

- A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.

B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

Clasificación según el curso:

- Episódico con síntomas residuales interepisódicos
- Episódico con síntomas residuales no interepisódicos
- Continuo
- Episodio único en remisión parcial
- Otro patrón o no especificado
- Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa.

La especificación de Episodio único en remisión parcial, se aplica cuando ha habido un episodio único en el que se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia y han persistido síntomas residuales significativos. Puede añadirse *con síntomas negativos acusados* si estos síntomas residuales incluyen síntomas negativos acusados.

f) Pronóstico:

La esquizofrenia tiene indicadores de posible buen pronóstico, como lo son: inicio agudo o brusco del cuadro, inicio tardío- después de los 30 años, menor sintomatología negativa primaria continuada, tratamiento precoz y continuado, buena tolerancia a los antipsicóticos, gatillos precipitantes claros, reajuste psicosocial, escolar o laboral previo bueno, estado civil casado, buenos soportes y apoyos, sintomatología paranoide, ausencia de antecedentes familiares de esquizofrenia y sí de trastornos afectivos, ausencia de comorbilidades, buenos programas complementarios de rehabilitación psicosocial y

psicoeducativos desde el inicio, manejo de factores desestabilizadores o estresantes, medios de hábitat menos exigentes y más tolerantes.

También tiene factores que son considerados de mal pronóstico, como lo son: menor edad de inicio, sexo masculino, estado civil previo de soltería, antecedentes familiares de esquizofrenia, menor retracción social y pobre calidad de vida, mayor demanda de apoyo social e institucional y una menor reactividad de los síntomas al estrés ambiental (Chinchilla, op. cit.).

g. Prevalencia:

La incidencia de la esquizofrenia a nivel mundial adulta es de 0.5 a 1.5% de la población. En cuanto a las etnias, se ha encontrado rangos mayores en personas caribeñas africanas de segunda generación que viven en el Reino Unido. Igualmente, se ha encontrado mayor incidencia en personas que viven en la ciudad, en comparación con los que habitan las áreas rurales y una menor incidencia también en los casos de personas que han nacido recientemente (American Psychiatric Association, op. cit.).

h. Tratamiento:

La esquizofrenia puede ser tratada desde diversas perspectivas, ya sea de tipo individual, grupal, medicamentoso, cognitivo-conductual, psicoanalítico, entre otras opciones. Haremos énfasis en las intervenciones de tipo cognitivo-conductual que utilizan paquetes multimodales de integración terapéutica.

2. Presencia de déficit cognitivos en la esquizofrenia y su repercusión en el funcionamiento social de las personas con este diagnóstico:

Las experiencias y la forma de comportarse de una persona con esquizofrenia sólo pueden ser comprendidos si las investigaciones profundizan en la forma en que los componentes individuales de los procesos de cognición interactúan entre sí y se afectan mutuamente. Aún cuando se cuentan con cálculos que el 15% de las personas con esquizofrenia presentan un funcionamiento neuropsicológico normal, la mayor parte de estos sujetos manifiestan algún grado de déficit cognitivo y un rendimiento que se estima entre 1 y 3 desviaciones estándar bajo el promedio de la población general (Cavieres y Valdebenito, op. cit.).

Las alteraciones a nivel cognitivo provocan un deterioro en el funcionamiento psicosocial de las personas con diagnóstico de esquizofrenia, repercutiendo en su calidad de vida. Los déficit cognitivos se presentan con autonomía de los síntomas positivos y negativos, aún cuando hay una mayor asociación con los últimos (López-Mato, A. en: Téllez-Vargas, 2001.).

3. Terapia cognitivo-conductual de los trastornos psicóticos:

Las investigaciones realizadas con personas con diagnóstico de esquizofrenia, demuestran que las intervenciones cognitivos-conductuales pueden tener un impacto beneficioso sobre el curso del trastorno y la calidad de vida de las personas (González Aranda, 2003).

Dentro de las modalidades terapéuticas de este tipo de intervención, encontramos la psicoeducación, el entrenamiento en habilidades sociales (EHS), la terapia familiar conductual, las habilidades de afrontamiento para los síntomas psicóticos residuales y la terapia psicológica integrada, que nos ocupa en esta investigación (Meuser en Caballo, 1997).

3.1. Terapia Psicológica Integrada para la esquizofrenia (IPT)

La génesis de la esquizofrenia ya no se atribuye a una causa única de tipo biológica o psicosocial, sino a la combinación de la acción de múltiples factores que pertenecen a ambas áreas. La orientación desde las causas al efecto, pasa relegada a segundo plano frente al modelo de los sistemas, en el cual hay un procedimiento recíproco. De esta manera, los diferentes factores se influyen, debilitándose o reforzándose mutuamente (Roder, op. cit.).

Los tratamientos con neurolépticos han demostrado eficacia en la esquizofrenia, sobre todo en episodios agudos y en la prevención de recaídas, pero no ayudan por sí solos a que el paciente logre comprender sus problemas ni mejoran la percepción que tienen de sí mismos. Tampoco entrenan a los pacientes a que sean capaces de aprender nuevas formas de comportamiento adaptado que le permitan un buen funcionamiento a nivel social y para el afrontamiento adecuado de las diversas situaciones que se presentan en la vida cotidiana. La Terapia Psicológica Integrada ha sido considerada un buen procedimiento, con suficiente soporte empírico para el tratamiento de la esquizofrenia paranoide (García Nieto, op. cit.).

Por esta razón se hace preciso combinar la terapia medicamentosa con los procedimientos socioterapéuticos y de intervención psicosocial. Aunque esta fusión entre las diferentes áreas está ganando cada vez más aceptación, existen lagunas y no se ha prestado mucha atención a los procesos que median entre las disfunciones de tipo neuroquímico y de síntomas conductuales. En la esquizofrenia, se hayan afectados principalmente los procesos de atención, percepción, reconocimiento, integración y la transformación de estímulos ya sea internos o externos, lo que se conoce en términos de psicología como cognición. Son muy pocos los enfoques que se centran en estos déficits y es preocupante, ya que estos forman la base de la sintomatología de la esquizofrenia como indicadores centrales de la misma (Roder, op. cit.).

El Dr. Volker Roder y colaboradores desarrollaron un programa de terapia compuesto por cinco subprogramas, cuya orientación es hacia la terapia de la percepción, de la atención y cognición que son típicos de la esquizofrenia, tomando en cuenta también aquellos déficit que se producen en la conducta social y en el desempeño de habilidades para resolver y enfrentarse actividades de la vida cotidiana.

Este grupo de investigadores inició la realización de los estudios con la Terapia Psicológica Integrada en la ciudad de Berna en Suiza. Luego fueron difundiendo su aplicación en diversos países, como lo son España: Valladolid (García Nieto y cols, 2002), Oviedo (Lemos y cols,) Valencia (Fuentes y cols), entre otros; Alemania (Roder y cols) y Suiza, convirtiéndose en el programa terapéutico estándar de la terapia y la rehabilitación de los pacientes con esquizofrenia.

La Terapia Psicológica Integrada debe ser llevada a cabo en un período mínimo de 3 meses, con una frecuencia de 2 a 3 veces por semana. Se debe realizar en sesiones de 30 a 40 minutos, para las primeras, y de 60 a 90 minutos para las siguientes.

Los cinco subprogramas que conforman la Terapia Psicológica Integrada son: Diferenciación Cognitiva, Percepción Social, Comunicación Verbal, Habilidades de la Vida Cotidiana y Resolución de Problemas Interpersonales (Lemos et al, 1998).

Cada subprograma está organizado en secuencia lógica, de manera que es necesario desarrollar primero los procesos o funciones cognitivas básicas antes de incentivar en las personas patrones de conducta social que resulten ser más complejos. A medida que aumenta la duración de la terapia, aumentan las exigencias del individuo o grupo. También aumenta el grado de estructuración de las sesiones, el grado de exigencia a los sujetos es mayor y se les orienta hacia una participación más espontánea, con más iniciativa y responsabilidad de los participantes (Roder, op. cit.).

A continuación mencionamos cada uno de los subprogramas/módulos en cuanto a sus ejercicios, etapas y objetivos.

- Módulo de Diferenciación Cognitiva: este módulo se basa en los déficit cognitivos, característica esencial de la esquizofrenia, los cuales son definidos como una deficiente capacidad para dirigir los procesos de atención, percepción y del pensamiento hacia características relevantes e irrelevantes, para clasificar lo percibido en relaciones apropiadas y superiores, para dirigir diferentes sucesiones e ideas a esquemas de pensamiento ya existentes, para combinar y dar sentido a los pensamientos (Roder, op. cit.).

Este módulo está estructurado en tres etapas, las cuales mencionamos a continuación.

- Etapa 1: “Ejercicios con tarjetas”
 - Etapa 2: “Sistemas conceptuales verbales” y consta de 6 ejercicios diferentes:
 - Jerarquías Conceptuales
 - Sinónimos
 - Antónimos
 - Definiciones de Palabras
 - Tarjetas con Palabras
 - Palabras con diferente significado, según el contexto.
 - Etapa 3: “Estrategias de búsqueda”.
- Módulo de Percepción Social: su objetivo es mejorar y facilitar la comprensión de situaciones sociales de los participantes, por medio del uso de diapositivas y un proyector.

También se enfoca en la reducción de modelos desajustados de percepción evocados por información incompleta o fragmentada. Comprende tres etapas:

 - Etapa 1: “Recogida de Información”
 - Etapa 2: “Interpretación y discusión”
 - Etapa 3: “Asignación de un título”.
 - Módulo de Comunicación Verbal: sus objetivos van en busca de mejorar la capacidad de escuchar, comprender y responder de los participantes cuando

conversan con otras personas y desean manifestar lo que piensan. Consta de 5 etapas:

- Etapa 1: “Repetición Literal de frases indicadas previamente”
 - Etapa 2: “Repetición de acuerdo con el sentido de frases autoformuladas”
 - Etapa 3: “Preguntas autoformuladas con respuesta”
 - Etapa 4: “El grupo interroga a uno o dos miembros del grupo sobre un tema determinado”
 - Etapa 5: “Comunicación Libre”.
- Módulo de Habilidades Sociales: su objetivo es mejorar las capacidades de escuchar y entender a otros y la capacidad de identificar sentimientos. También se hace énfasis en las habilidades para concentrarse en un tema de conversación o discusión, hacer preguntas, dar opiniones, vida en comunidad, grupos de convivencia, la conducta en situaciones sociales y la concordancia entre la conducta verbal y no verbal.

Se basa principalmente en el juego de papeles o *role play*. Consta de 2 etapas:

- La Etapa 1: “Elaboración cognitiva”
 - Etapa 2: “Ejecución del role play”.
- Módulo de Resolución de Problemas Interpersonales: entre sus objetivos está mejorar la habilidad para identificar un problema, desarrollar una actitud racional frente a los problemas, fomentar una manera de pensamiento que anticipe y tenga en cuenta las consecuencias de las soluciones elegidas y el

aumento de la probabilidad de una conducta eficaz para resolver problemas.

Las fases de este módulo son:

- Identificación del problema
- Procesamiento cognitivo
- Generación de soluciones alternativas
- Evaluación
- Decisión
- Puesta en práctica
- *Feedback.*

ASPECTOS METODOLÓGICOS

1. Problema de Investigación:

a) Planteamiento del Problema:

¿Mejora la percepción sobre el estado de las funciones cognitivas básicas y de la cognición social y las habilidades de la vida cotidiana en las personas con diagnóstico de esquizofrenia paranoide en fase de remisión parcial que participan del programa de Terapia Psicológica Integrada?

b) Objetivo General:

Evaluar la efectividad del Programa de Terapia Psicológica Integrada para mejorar la percepción sobre el estado de las funciones cognitivas básicas y de la cognición social y las habilidades de la vida cotidiana observadas en una muestra de personas con diagnóstico de esquizofrenia tipo paranoide en fase de remisión parcial de la República de Panamá.

c) Objetivos Específicos:

- Generar adecuadas estrategias de reconocimiento conceptual y la diferenciación de elementos esenciales y no esenciales

- Mejorar la percepción visual de situaciones sociales
- Reducir patrones desadaptativos de percepción debido a percepciones incompletas o fragmentarias
- Fomentar la flexibilidad y razonamiento de la interpretación de las situaciones sociales
- Mejorar la precisión y competencia en la destreza de escucha, comprensión verbal y de las respuestas sociales
- Adquirir interpretaciones realistas de un problema y soluciones visibles o posibles
- Fomentar aspectos moleculares de la competencia social, tales como posturas, expresiones faciales, miradas, volumen, mímica y entonación en el discurso.

d) Preguntas de Investigación:

- ¿Se produce un cambio en la percepción sobre el estado de las funciones cognitivas básicas y de la cognición social y en las habilidades de la vida cotidiana de las personas con diagnóstico de esquizofrenia paranoide en fase de remisión parcial del Centro de Atención y Rehabilitación Tyhana que participan del Programa de Terapia Psicológica Integrada?
- ¿Cuál es la percepción sobre el estado de las Funciones Cognitivas Básicas que tienen las personas con diagnóstico de esquizofrenia paranoide en fase de remisión parcial del Centro de Atención y Rehabilitación Tyhana que participan del Programa de Terapia Psicológica Integrada?
- ¿Cuál es la percepción sobre la Cognición Social de las personas con diagnóstico de esquizofrenia paranoide en fase de remisión parcial del Centro de Atención y

Rehabilitación Tyhana que participan del Programa de Terapia Psicológica Integrada?

- ¿Cuál es el nivel de funcionamiento en cuanto al Autocuidado de las personas con diagnóstico de esquizofrenia paranoide en fase de remisión parcial del Centro de Atención y Rehabilitación Tyhana que participan del Programa de Terapia Psicológica Integrada?
- ¿Cuál es el nivel de funcionamiento en cuanto al Comportamiento Social- Interpersonal de las personas con diagnóstico de esquizofrenia paranoide en fase de remisión parcial del Centro de Atención y Rehabilitación Tyhana que participan del Programa de Terapia Psicológica Integrada?
- ¿Cuál es el nivel de funcionamiento en cuanto a la Comunicación-Contacto Social de las personas con diagnóstico de esquizofrenia paranoide en fase de remisión parcial del Centro de Atención y Rehabilitación Tyhana que participan del Programa de Terapia Psicológica Integrada?
- ¿Cuál es el nivel de funcionamiento en cuanto al Comportamiento Social- no Personal de las personas con diagnóstico de esquizofrenia paranoide en fase de remisión parcial del Centro de Atención y Rehabilitación Tyhana que participan del Programa de Terapia Psicológica Integrada?
- ¿Cuál es el nivel de funcionamiento en cuanto a la Vida Autónoma de las personas con diagnóstico de esquizofrenia paranoide en fase de remisión parcial del Centro de Atención y Rehabilitación Tyhana que participan del Programa de Terapia Psicológica Integrada?

e) Justificación:

Esta investigación pretende contribuir en el cambio en el paradigma de atención de la esquizofrenia. De esta manera, damos importancia a la contribución de la psicología clínica en trastornos severos que comúnmente son tratados sólo por médicos.

En Panamá, son muy pocas las investigaciones que se han realizado en el campo de la terapia cognitiva conductual aplicada a este tipo de trastorno, por lo que intentamos abrir paso a nuevas tendencias de atención integral, logrando un equilibrio entre la ayuda medicamentosa y la terapia psicológica que ayuda al paciente a nivel cognitivo y conductual.

2. Tipo de Estudio:

Se trata de un estudio explicativo que mide los efectos de una intervención terapéutica y se analiza la relación entre una variable independiente y varias dependientes además de los efectos causales de la primera sobre las segundas (Hernández et al., 1998).

3. Hipótesis Conceptual:

Las personas con diagnóstico de esquizofrenia paranoide en fase de remisión parcial del Centro de Atención y Rehabilitación Tyhana participantes en el Programa de Terapia Psicológica Integrada mostrarán mejoría significativa en la percepción sobre el estado de sus funciones cognitivas básicas y de su cognición social y en las habilidades de la vida cotidiana en la fase posterior al tratamiento en comparación con las personas que forman parte del grupo control.

a) Identificación de las Variables:

Las variables de nuestro estudio están constituidas por:

- Variable Independiente: Programa de Terapia Psicológica Integrada para la esquizofrenia.
- Variables Dependientes: percepción sobre el estado de las funciones cognitivas básicas y de la cognición social, el autocuidado, el comportamiento social-interpersonal, la comunicación-contacto social, el comportamiento social no personal y la vida autónoma (habilidades de la vida cotidiana).

b) Definición Conceptual de las Variables:

“Programa de Terapia Psicológica Integrada para la esquizofrenia” se definirá como un programa terapéutico que integra aspectos cognitivos y psicosociales en su intento rehabilitador de las personas con diagnóstico de esquizofrenia (Roder, op. cit.).

“Percepción sobre el estado de las Funciones Cognitivas Básicas” se definirá como la conciencia/*insight* sobre el nivel de funcionamiento de las funciones cognitivas básicas, como la memoria, percepción, atención y contenido del pensamiento (San Juan, 2003).

“Percepción sobre el estado de la Cognición Social” se definirá como la conciencia/*insight* sobre el nivel de funcionamiento en cuanto a la interpretación, percepción y el procesamiento de las señales sociales, así como la capacidad para responder a dichas señales (San Juan, 2003).

“Autocuidado” se definirá como capacidad de mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la subsistencia y que son

diversas en su manifestación.

“Comportamiento Social Interpersonal” se definirá como las relaciones que tiene una persona con otros significativos, tal como lo son sus familiares, amistades e incluso se toman en cuenta las relaciones laborales. Involucra un contacto de la persona con su medio inmediato, con quien se tiene un vínculo establecido, ya sea más personal o de tipo profesional.

“Comunicación-contacto social” se definirá como la capacidad de una persona para emitir un mensaje, ser entendido y a la vez, poder dar una respuesta cuando le corresponde ser receptor.

“Comportamiento social no personal” se definirá como aquellas relaciones que establece la persona en su entorno, de tipo menos íntimo y no requieren que la persona tenga algún vínculo afectivo o muy cercano con el otro.

“Vida autónoma” se definirá como la capacidad de las personas para ser independientes, movilizarse con sus propios medios, explorar y desenvolverse adecuadamente, tomando sus propias decisiones, sin tener que depender de otros.

c) Definición Operacional de las Variables:

“Programa de Terapia Psicológica Integrada para la esquizofrenia” se definirá como un programa de intervención terapéutico, que consta de 36 sesiones (30 a 60 minutos cada una) con una frecuencia de 3 veces por semana, de orientación cognitivo-conductual. Consta de 5 módulos estructurados en fases y etapas (Roder, op. cit.)

“Percepción sobre el estado de las Funciones cognitivas básicas” se definirá como la puntuación obtenida en la sub-escala de Funciones Cognitivas Básicas de la Escala GEOPTE de Cognición Social para la psicosis.

“Percepción sobre el estado de la Cognición social” se definirá como se definirá como la puntuación obtenida en la sub-escala de Cognición Social de la Escala GEOPTE de Cognición Social para la psicosis.

“Autocuidado” se definirá como la puntuación obtenida en la sub-escala de Autocuidado de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana.

“Comportamiento social interpersonal” se definirá como la puntuación obtenida en la sub-escala de Comportamiento Social Interpersonal de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana.

“Comunicación-Contacto Social” se definirá como la puntuación obtenida en la sub-escala de Comunicación-Contacto Social de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana.

“Comportamiento Social no Personal” se definirá como la puntuación obtenida en la sub-escala de Comportamiento Social no Personal de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana.

“Vida autónoma” se definirá como la puntuación obtenida en la sub-escala de Vida Autónoma de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana.

4. Grupo Control:

El grupo control fue seleccionado al azar dentro de la población de personas con diagnóstico de esquizofrenia tipo paranoide en fase de remisión parcial que viven en el

Centro de Recuperación y Rehabilitación Tyhana. Está formado por 6 personas: 4 varones y 2 mujeres.

5. Diseño:

a) Diseño de Investigación:

Se trata de un diseño experimental preprueba-postprueba y grupo control. Es experimental porque habrá manipulación deliberada de una variable independiente para analizar las consecuencias que la manipulación tiene sobre una o más variables dependientes dentro de una situación de control para el investigador (grupo control y equivalencia de los grupos) (Hernández, op. cit.).

b) Pruebas Estadísticas:

Los resultados de las pruebas objetivas serán sometidos a prueba de hipótesis a través de la prueba "t" de Student para grupos correlacionados con un alfa de 0.05 para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de las prepruebas, entre las de las postpruebas, y entre pre y postprueba en cada grupo.

c) Hipótesis de Investigación y Estadísticas:

- Ho: La media de las puntuaciones de la Sub-Escala de Funciones Cognitivas Básicas de la Escala GEOPTE de Cognición Social para la Psicosis del grupo experimental tras la intervención es igual que la media de las puntuaciones de la misma sub-escala del grupo control.

$$H_0: \xi_{FCB/EGCSP-E} = \xi_{FCB/EGCSP-C}$$

Hi: La media de las puntuaciones de la Sub-Escala de Funciones Cognitivas Básicas de la Escala GEOPTE de Cognición Social para la Psicosis del grupo experimental tras la intervención es menor que la media de las puntuaciones de la misma sub-escala del grupo control.

$$H_i: \xi_{FCB/EGCSP-E} < \xi_{FCB/EGCSP-C}$$

Ha: La media de las puntuaciones de la Sub-Escala de Funciones Cognitivas Básicas de la Escala GEOPTE de Cognición Social para la Psicosis del grupo experimental tras la intervención es mayor que la media de las puntuaciones de la misma sub-escala del grupo control.

$$H_a: \xi_{FCB/EGCSP-E} > \xi_{FCB/EGCSP-C}$$

- Ho: La media de las puntuaciones de la Sub-Escala de Cognición Social de la Escala GEOPTE de Cognición Social para la Psicosis del grupo experimental tras la intervención es igual que la media de las puntuaciones de la misma sub-escala del grupo control.

$$H_0: \xi_{CS/EGCSP-E} = \xi_{CS/EGCSP-C}$$

Hi: La media de las puntuaciones de la Sub-Escala de Cognición Social de la Escala GEOPTE de Cognición Social para la Psicosis del grupo experimental tras la intervención es menor que la media de las puntuaciones de la misma sub-escala del grupo control.

$$H_i: \xi_{CS/EGCSP-E} < \xi_{CS/EGCSP-C}$$

Ha: La media de las puntuaciones de la Sub-Escala de Cognición Social de la Escala GEOPTE de Cognición Social para la Psicosis del grupo experimental tras la intervención es mayor que la media de las puntuaciones de la misma sub-escala del grupo control.

$$H_a: \xi_{CS/EGCSP-E} > \xi_{CS/EGCSP-C}$$

- Ho: La media las puntuaciones de la Sub-Escala de Autocuidado del grupo experimental tras la intervención es igual que la media de los puntuaciones de la misma sub-escala del grupo control.

$$H_o: \xi_{A/PHVC-E} = \xi_{A/PHVC-C}$$

Hi: La media de las puntuaciones de la Sub-Escala Autocuidado del grupo experimental tras la intervención es mayor que la media de los puntuaciones de la misma sub-escala del grupo control.

$$H_i: \xi_{A/PHVC-E} > \xi_{A/PHVC-C}$$

Ha: La media de los puntuaciones de la Sub-Escala de Autocuidado del grupo experimental tras la intervención es menor que la media de los puntuaciones de la misma sub-escala del grupo control.

$$H_a: \xi_{A/PHVC-E} < \xi_{A/PHVC-C}$$

- Ho: La media de las puntuaciones de la Sub-Escala de Comportamiento Social-Interpersonal del Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana del grupo experimental tras la intervención es igual que la media de los puntajes de la misma sub-escala del grupo control.

$$H_0: \xi_{\text{CSI/PHVC-E}} = \xi_{\text{CSI/PHVC-C}}$$

Hi: La media de los puntajes de la Sub-Escala de Comportamiento Social-Interpersonal del Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana del grupo experimental tras la intervención es mayor que la media de los puntajes de la misma sub-escala del grupo control.

$$H_i: \xi_{\text{CSI/PHVC-E}} > \xi_{\text{CSI/PHVC-C}}$$

Ha: La media de las puntuaciones de la Sub-Escala de Comportamiento Social-Interpersonal del Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana del grupo experimental tras la intervención es menor que la media de los puntajes de la misma sub-escala del grupo control.

$$H_a: \xi_{\text{CSI/PHVC-E}} < \xi_{\text{CSI/PHVC-C}}$$

- H_0 : La media de las puntuaciones de la Sub-Escala de Comunicación-Contacto Social del Perfil de Habilidades de Vida Cotidiana del grupo experimental tras la intervención es igual que la media de las puntuaciones de la misma sub-escala del grupo control.

$$H_0: \xi_{\text{CCS/PHVC-E}} = \xi_{\text{CCS/PHVC-C}}$$

Hi: La media de las puntuaciones de la Sub-Escala de Comunicación-Contacto Social del Perfil de Habilidades de Vida Cotidiana del grupo experimental tras la intervención es mayor que la media de las puntuaciones de la misma escala del grupo control.

$$H_i: \xi_{\text{CCS/PHVC-E}} > \xi_{\text{CCS/PHVC-C}}$$

Ha: La media de los puntuaciones de la Sub-Escala de Comunicación-Contacto Social del Perfil de Habilidades de Vida Cotidiana del grupo experimental tras la intervención es menor que la media de las puntuaciones de la misma escala del grupo control.

$$Ha: \xi_{CCS/PHVC-E} < \xi_{CCS/PHVC-C}$$

- Ho: La media de las puntuaciones de la Sub-Escala de Comportamiento Social No Personal del Perfil de Habilidades del grupo experimental tras la intervención es igual que la media de los puntajes de la misma sub-escala del grupo control.

$$Ho: \xi_{CSNP/PHVC-E} = \xi_{CSNP/PHVC-C}$$

Hi: La media de las puntuaciones de la Sub-Escala de Comportamiento Social No Personal del Perfil de Habilidades del grupo experimental tras la intervención es mayor que la media de las puntuaciones de la misma sub-escala del grupo control.

$$Hi: \xi_{CSNP/PHVC-E} > \xi_{CSNP/PHVC-C}$$

Ha: La media de los puntajes de la Sub-Escala de Comportamiento Social No Personal del Perfil de Habilidades del grupo experimental tras la intervención es menor que la media de las puntuaciones de la misma sub-escala del grupo control.

$$Ha: \xi_{CAFCS/CF-E} < \xi_{CAFCS/CF-C}$$

- Ho: La media de las puntuaciones de la Sub-Escala de Vida Autónoma del Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana del grupo experimental tras la intervención es igual que la media de las puntuaciones de la misma sub-escala del grupo control.

$$Ho: \xi_{VA/PHVC-E} = \xi_{VA/PHVC-C}$$

Hi: La media de las puntuaciones de la Sub-Escala de Vida Autónoma del Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana del grupo experimental tras la intervención es mayor que la media de las puntuaciones de la misma sub-escala del grupo control.

$$H_i: \xi_{VA/PHVC-E} > \xi_{VA/PHVC-C}$$

Ha: La media de los puntajes de la Sub-Escala de Vida Autónoma del Perfil de Habilidades del grupo experimental tras la intervención es menor que la media de las puntuaciones de la misma sub-escala del grupo control.

$$H_a: \xi_{VA/PHVC-E} < \xi_{VA/PHVC-C}$$

6. Población y Muestra:

Este estudio fue realizado en el Centro de Recuperación y Rehabilitación Tyhana, está ubicado en Calle Séptima, Parque Lefevre. Es una institución privada que fue fundada en 1990 bajo el nombre de “Los Años Dorados” y posteriormente se le denominó “Residencia Tyhana”. Su Directora Médica es la Dra. Lisbeth Morales, psiquiatra fundadora de esta institución. En sus inicios se dedicaban al hospedaje de adultos mayores y personas con enfermedades físicas de difícil manejo y en fase terminal. A partir de 1991 se incorporan personas con discapacidad mental, alojando una población con diferentes diagnósticos como lo son el trastorno bipolar, la esquizofrenia (tipo paranoide, residual) y las demencias.

Cuenta con personal de enfermería, auxiliares, médicos generales y una psiquiatra, quien es la directora médica del mismo. Actualmente cuenta con 91 pacientes (51 hombres y 40 mujeres), siendo la esquizofrenia tipo paranoide el diagnóstico de mayor

incidencia (72 pacientes que representan un 80% de la totalidad de las personas que viven en este lugar).

En junio del año 2005 se le cambió el nombre a “Centro de Recuperación y Rehabilitación Tyhana”. Se incorporaron salas de enfermería, consultorios, sala para visitantes e incluso se hicieron remodelaciones en las estructuras.

La población a la que se dirigió el Programa de Terapia Psicológica Integrada estuvo constituida por la totalidad de las personas que residen en esta institución al momento de realizar este estudio: 72 personas con diagnóstico de esquizofrenia tipo paranoide, que se encuentran en fase de remisión parcial de su sintomatología.

Para efectos de selección del tamaño de la muestra, tomamos en cuenta los criterios establecidos por el Dr. Roder, quien plantea que debe ser entre cuatro y ocho personas y que el tamaño ideal es cinco o seis personas. Por lo que de esta población, seleccionamos una muestra de 12 personas (6 en el grupo experimental y 6 en el grupo control). A continuación presentamos los criterios que fueron considerados para la inclusión de los participantes en el estudio.

Los participantes cumplieron con los criterios establecidos en el DSM-IV para la esquizofrenia tipo paranoide en fase de remisión parcial en cuanto a cuadro diagnóstico. Todos eran residentes del Centro de Recuperación y Rehabilitación Tyhana. El rango de edad fue entre los 20 y 55 años, de uno u otro sexo. Contaban con voluntad y capacidad (saber leer y escribir) para proporcionar y firmar el consentimiento informado para la participación. Fue importante que tuvieran la posibilidad de permanecer en el tratamiento durante los 3 meses requeridos para completar el estudio. Todos estaban bajo el mismo tratamiento farmacológico.

Entre los criterios de exclusión se encuentran la presencia de enfermedades orgánico-cerebrales, trastornos psicógenos graves o el estar implicados de forma activa en el consumo de sustancias psicoactivas.

La media de las edades de los sujetos, tomando en cuenta toda la muestra fue de 43 años, con una desviación estándar de 7.7 años; la mediana fue 43 años y la moda 43 años; el rango abarcó 24 años con un valor mínimo de 29 años y uno máximo de 53 años.

La media de las edades de los sujetos, tomando en cuenta sólo el grupo control, fue de 46 años, con una desviación estándar de 5.8 años; la mediana fue 47 y la moda 47 años; el rango abarcó 16 años con un valor mínimo de 37 años y uno máximo de 53 años.

La media de las edades de los sujetos, tomando en cuenta sólo el grupo experimental, fue de 40 años, con una desviación estándar de 8.7 años; la mediana fue 39 años; el rango abarcó 24 años con un valor mínimo de 29 años y uno máximo de 53 años.

Hubo 2 mujeres en el grupo control y 2 en el experimental (33% y 33% respectivamente).

A continuación presentamos un cuadro que resume la información individual, pertinente al estudio actual, de cada uno de los sujetos seleccionados.

<p align="center">CUADRO I.</p> <p align="center">INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE CADA UNO DE LOS SUJETOS SELECCIONADOS</p>				
Grupo	No.	Iniciales	Edad	Sexo
CONTROL	1	L.T	51	M
	2	A.B	47	M
	3	C.A.	43	M
	4	I.F.	37	M
	5	L.R.	47	F
	6	M.P.	53	F
EXPERIMENTAL	7	R.C.	29	M
	8	R.A.	38	M
	9	C.B.	40	M
	10	J.M.	47	M
	11	V.C.	34	F
	12	B.M.	53	F
<p align="center">Fuente: Centro de Recuperación y Rehabilitación Tyhana</p>				

7. Instrumentos

La información de las variables dependientes será recogida a través de dos escalas: la Escala GEOPTE de Cognición Social para la psicosis y la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana.

A continuación presentamos la información sobre la validez y confiabilidad de dichos instrumentos:

- Escala GEOPTE de Cognición Social para la psicosis:

El Dr. Julio Sanjuán y colaboradores, le dan a esta escala el nombre de “GEOPTE: Grupo Español para la Optimización y Tratamiento de la Esquizofrenia” el cual proviene de un grupo que se constituyó en el año 2000 en España, cuyo primer objetivo era buscar vías para optimizar el tratamiento de la psicosis y en particular, de la esquizofrenia.

Los autores tratan de disminuir la distancia entre la investigación y la práctica clínica dentro del campo del diagnóstico y tratamiento de la psicosis. Pretende poder relacionar los déficit cognitivos básicos (o más concretamente la percepción subjetiva de los mismos) con la cognición social.

Recoge información tanto de la percepción subjetiva del propio paciente acerca de sus déficit como la del informante o de la persona que cuida al paciente. Se elabora de esta forma, asumiendo que el paciente tenderá hacia una distorsión provocada sobretudo por el grado de conciencia de enfermedad del paciente y su estado de ánimo. En la información del informante, aunque también puede estar distorsionada, es vital a la hora de tener una idea del funcionamiento cotidiano del paciente y permite contrastarla con la

visión que el propio paciente tiene de sí mismo. Para lograr una uniformidad, se utiliza una fórmula, en la que se multiplican ambas puntuaciones y de ellas se obtiene la raíz cuadrada, siendo este resultado el valor medio de ambas mediciones (Sanjuán et al, 2003)

Este instrumento psicométrico consta de 15 ítems, de los cuales siete miden funciones cognitivas básicas y 8, cognición social. Es una escala sencilla en su uso y diseño. Los ítems son formulados en forma de preguntas cortas y tienen cinco opciones de respuesta:

- 1: no
- 2: un poco
- 3: regular
- 4: bastante
- 5: mucho/a.

Para obtener la puntuación total se debe sumar cada una de las puntuaciones recogidas en los cuadernos de datos, que es el resultado de la suma de los ítems correspondientes a cada uno de ellos, paciente e informante o cuidador. Aplicando los conceptos fundamentales de la teoría clásica de los test, esta puntuación sumario consiste simplemente en la suma de los valores numéricos asociados a las opciones de respuesta asignadas a cada ítem de la escala. Así, tanto para los pacientes como para los informantes, se obtiene una puntuación mínima de 15 y una máxima de 75. Dado el sentido de las preguntas, 15 representa el mejor estado de cognición social posible, mientras que 75 supone el peor estado posible (San Juan, op. cit.).

Para validar la Escala GEOPTE, fue aplicada a 87 pacientes con diagnóstico de psicosis atendidos de forma consecutiva en las consultas clínicas de seis de los miembros del grupo GEOPTE (de acuerdo con el DSM-IV) y se reunieron datos generales clínicos,

la impresión clínica global, el estado de ánimo y el grado de insight. La Escala GEOPTE presentó una excelente consistencia interna (Coeficiente alpha de Cronbach de 0.84 para los pacientes y 0.87 para los informantes). El análisis factorial identificó dos factores, los cuales explicaron una varianza total de 39%. Este primer factor estaba relacionado con los ítems de funciones cognitivas básicas y la segunda, con los ítems de la cognición social. Con respecto a la validez de constructo, las puntuaciones en la escala están estrechamente relacionadas a la impresión clínica global, al grado de insight y a los síntomas depresivos.

Como todo instrumento, aparte de ser útil y psicométricamente robusto, tiene ciertas limitantes inherentes a la propia naturaleza de la escala que pueden dificultar su incorporación a la práctica clínica. Nos referimos a la necesidad de contar con un informante o cuidador que complete la escala, por lo que se consideró que se podía recoger la información de parte de las enfermeras que cuidan el lugar donde se atiende regularmente el paciente (San Juan, op. cit.).

La otra limitante, común a todas las escalas de autoadministración, es que el paciente tenga un analfabetismo total o funcional que les imposibilite o adhiera resistencia a completarla. Para subsanar esta condición, uno mismo les puede leer a los pacientes los ítems de la prueba y llenarla con sus respuestas.

- Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana (Life Skills Profile, LSP):

La versión original de esta prueba (en inglés) es el Life Skills Profile, creado en 1989 por Rosen y colaboradores, con el cual se pretende la medición del nivel general y la incapacidad de la persona con trastornos mentales. Ha sido útil para la investigación y la

descripción clínica, por lo que se considera un instrumento que define y evalúa diferentes tipos de intervención clínica.

El LSP es una escala heteroadministrada compuesta de 39 ítems organizados en cinco sub-escalas denominadas: “autocuidado”, “no-desorden”, “contacto social”, “comunicación” y “responsabilidad”. Cada ítem es valorado de acuerdo a cuatro opciones que van del uno al cuatro y van aumentando según la incapacidad (Bulbena et al, 1992).

En cuanto a los datos psicométricos del LSP, los autores presentan una consistencia interna de cada escala que varía entre 0.67 y 0.99. Existe una relativa independencia entre cada una de las mismas, derivadas de análisis factorial. Para los autores, la fiabilidad interexaminadores media obtenida es de 0.68. Luego de estudios posteriores se encontraron resultados que apuntan hacia una fiabilidad de escala de 0.79 variando la fiabilidad para cada subescala entre 0.56 y 0.83. En los dos casos la validez es buena: 0.65 y 0.74 respectivamente. No se observaron diferencias significativas en puntuaciones globales y de sub-escalas en relación al sexo, pero sí en la variable edad (Bulbena et al, 1992).

En 1992, Fernández de Larrinoa, Bulbena y Domínguez realizaron un estudio en lengua castellana, de la cual se derivan diferentes sub-escalas diferentes a las originales, con una importante carga de significado clínico. A esta versión española del LSP se denominó “Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana”. Se aplica también para personas con enfermedades mental que no están atravesando una crisis.

Conserva los 39 ítems, los cuales responden a una escala tipo Likert de mayor (cuatro puntos) a menor funcionalidad. Se compone de las mismas cinco escalas, pero con

diferentes nombres en las sub-escalas. Estos son: “Autocuidado (A)”, “Comportamiento Social-Interpersonal (CSI)”, “Comunicación-Contacto Social (C)”, “Comportamiento Social No Personal (CSNP)” y “Vida Autónoma (VA)” (Bulbena et al, 1992).

8. Procedimientos:

Solicitamos permiso a la Directora Médica del Centro de Recuperación y Rehabilitación Tyhana para poder realizar el estudio en una muestra de las personas que viven en dicho lugar. Una vez que el permiso fue concedido, pedimos una lista de los posibles candidatos para participar en el proyecto, tomando en cuenta criterios específicos que debían ser comunes en todas las personas escogidas. Para lograr esto, revisamos los criterios que fueron considerados de inclusión y exclusión previamente citados.

Luego de tener la lista de personas que participarían del estudio, procedimos a dividirlos aleatoriamente en dos grupos, uno control y otro, experimental. El siguiente contacto que tuvimos con los seleccionados fue la entrevista clínica, para asegurarnos que cada uno cumplía con los requisitos para realizar el estudio y la disposición para llevarlo a cabo.

Les explicamos a cada grupo en qué consistía el proyecto, cuáles serían los objetivos, los beneficios que les proporcionaría y las condiciones en que se realizarían las actividades. Luego procedimos a solicitarles su aprobación como participantes, a través de la firma del consentimiento informado.

Realizamos la aplicación de las escalas para ambos grupos como parte del pre-test. Esto fue llevado a cabo una semana antes de iniciar el tratamiento. Primeramente les

aplicamos la Escala GEOPTE de Cognición Social para la psicosis. Todas las evaluaciones se realizaron en el consultorio del Centro, de manera individual. La aplicación de esta escala fue breve, por lo que tomamos un día para cada grupo.

Al tercer día procedimos a aplicar la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana- Life Skills Profile, LSP, la cual también fue de aplicación breve. Finalizamos esta evaluación en dos días.

Una vez que ya teníamos las evaluaciones del pre-test terminadas, procedimos a preparar al personal que labora en la institución sobre el programa terapéutico que realizaríamos y el apoyo necesario para llevarlo a cabo.

La intervención con el grupo experimental se inició con el Módulo de Diferenciación Cognitiva. Las sesiones tuvieron una duración de 30, 60 ó 90 minutos, dependiendo del sub-test a realizar dentro de cada módulo. La frecuencia de las sesiones fue de tres veces por semana, generalmente los lunes, miércoles y viernes, iniciando a las 4:00 p.m. Las primeras sesiones fueron dentro del consultorio, pero al ver que contábamos con más espacio en la terraza, nos desplazamos hacia el patio, donde estábamos más cómodos, con tablero, sillas y mesas más espaciosas.

Luego de transcurrido un mes de la finalización del tratamiento, procedimos a aplicar el post-test siguiendo el mismo orden del pre-test. Tomando en cuenta las evaluaciones y resultados obtenidos, procedimos a realizar los cálculos de estadísticas.

El siguiente cuadro muestra las el cronograma de trabajo, distribuido en las diversas actividades y el mes en que fueron desarrolladas.

CUADRO II. CRONOGRAMA DE TRABAJO

<i>Mes</i> Actividad	<i>Mayo</i>	<i>Junio</i>	<i>Julio</i>	<i>Agos.</i>	<i>Sept.</i>	<i>Oct.</i>	<i>Nov.</i>
Confección del anteproyecto							
Entrega del anteproyecto							
Trámite de permisos							
Escogencia de los candidatos							
Entrevistas clínicas							
Aplicación del pre-test							
Preparación del personal							
Módulo 1							
Módulo 2							
Módulo 3							
Módulo 4							
Módulo 5							
Aplicación del post-test							
Cálculos estadísticos							
Entrega de tesis							

RESULTADOS

A continuación presentamos la información de las medias y las desviaciones estándar de las puntuaciones que obtuvieron los participantes de la muestra en cada una de las dos escalas, a través de cuadros y figuras.

Cada cuadro muestra ambos grupos, mostrando la media y la desviación estándar en el pre y el post-test, haciendo un recorrido por las dos escalas utilizadas, en cada una de sus sub-escalas, las cuales fueron consideradas como variables dependientes al inicio del estudio.

También presentamos los resultados que obtuvimos luego de realizado el análisis a través de la prueba “t de Student”, con la cual logramos determinar la existencia o ausencia de diferencia estadísticamente significativa entre las medias de las puntuaciones obtenidas. Hacemos una exposición de este valor, tanto en el grupo control como en el experimental en el pre-test. Luego, estos mismos grupos son expuestos en el post-test.

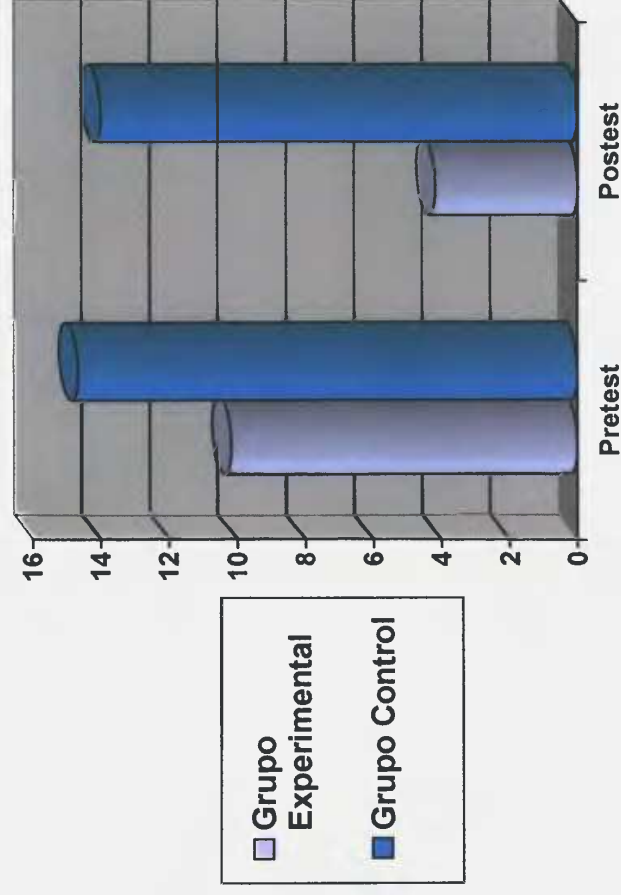
CUADRO III.

MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR DE LAS PUNTUACIONES
OBTENIDAS EN LA SUB-ESCALA DE FUNCIONES COGNITIVAS
BÁSICAS DE LA ESCALA GEOPTE DE COGNICIÓN SOCIAL
PARA LA PSICOSIS

	Pre-test	Post-test
Grupo Experimental n = 6	$\bar{x} = 10.17$ s = 3.66	$\bar{x} = 4.17$ s = 3.25
Grupo Control n = 6	$\bar{x} = 14.67$ s = 2.02	$\bar{x} = 14$ s = 3.74

Fuente: Medición realizada por la autora en una muestra de personas con diagnóstico de esquizofrenia paranoide en fase de remisión parcial que residen en el Centro de Recuperación y Rehabilitación Tyhana de la República de Panamá

Figura 1. Medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Funciones Cognitivas Básicas de la Escala GEOPTE de Cognición Social para la psicosis



- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Funciones Cognitivas Básicas de la Escala GEOPTE de Cognición Social para la psicosis en los grupos Experimental y Control en el Pretest es de 2.01.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Funciones Cognitivas Básicas de la Escala GEOPTE Cognición Social para la psicosis en los grupos Experimental y Control en el Posttest es de 4.94.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia de las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Funciones Cognitivas Básicas de la Escala GEOPTE de Cognición Social para la psicosis del grupo Experimental entre el Pretest y el Posttest es de 3.00.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia de las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Funciones Cognitivas Básicas de la Escala GEOPTE de Cognición Social para la psicosis del grupo Control entre el Pretest y el Posttest es de 0.30.
- El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 10 grados de libertad es de 1.8125.
- Se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula de que la media de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Funciones Cognitivas Básicas de la Escala GEOPTE de Cognición Social para la psicosis del grupo experimental tras la intervención es igual que la media de las puntuaciones obtenidas en la misma sub-escala del grupo control.

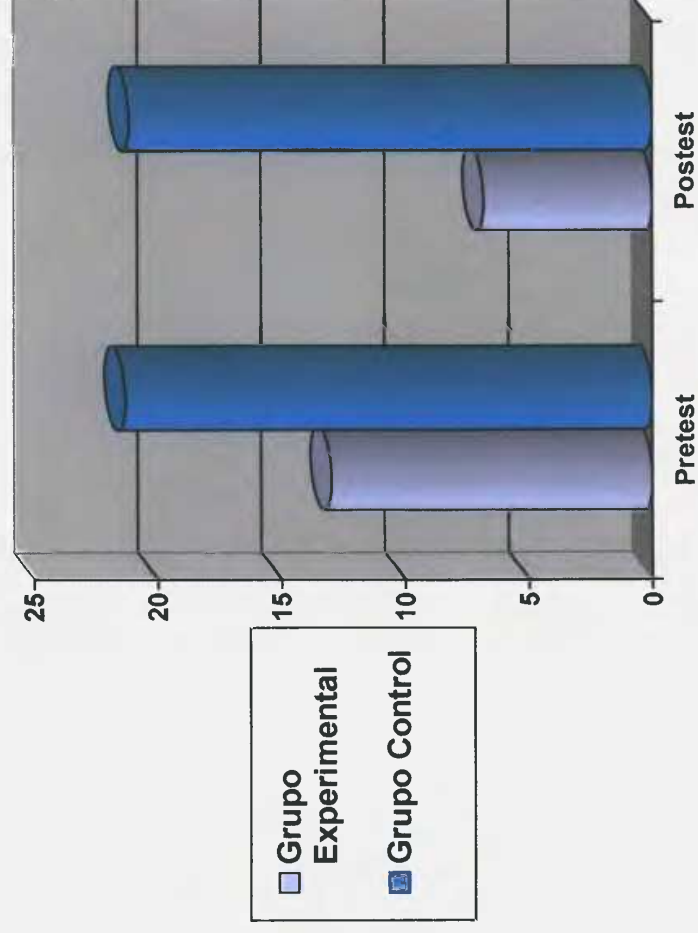
CUADRO IV.

**MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS
EN LA SUB-ESCALA DE COGNICIÓN SOCIAL DE LA ESCALA GEOPTE DE
COGNICIÓN SOCIAL PARA LA PSICOSIS**

	Pre-test	Post-test
Grupo Experimental n = 6	$\xi = 13$ $s = 3.46$	$\xi = 6.83$ $s = 3.13$
Grupo Control n = 6	$\xi = 21.33$ $s = 3.88$	$\xi = 21.17$ $s = 3.87$

Fuente: Medición realizada por la autora en una muestra de personas con diagnóstico de esquizofrenia paranoide en fase de remisión parcial que residen en el Centro de Recuperación y Rehabilitación Tyhana de la República de Panamá

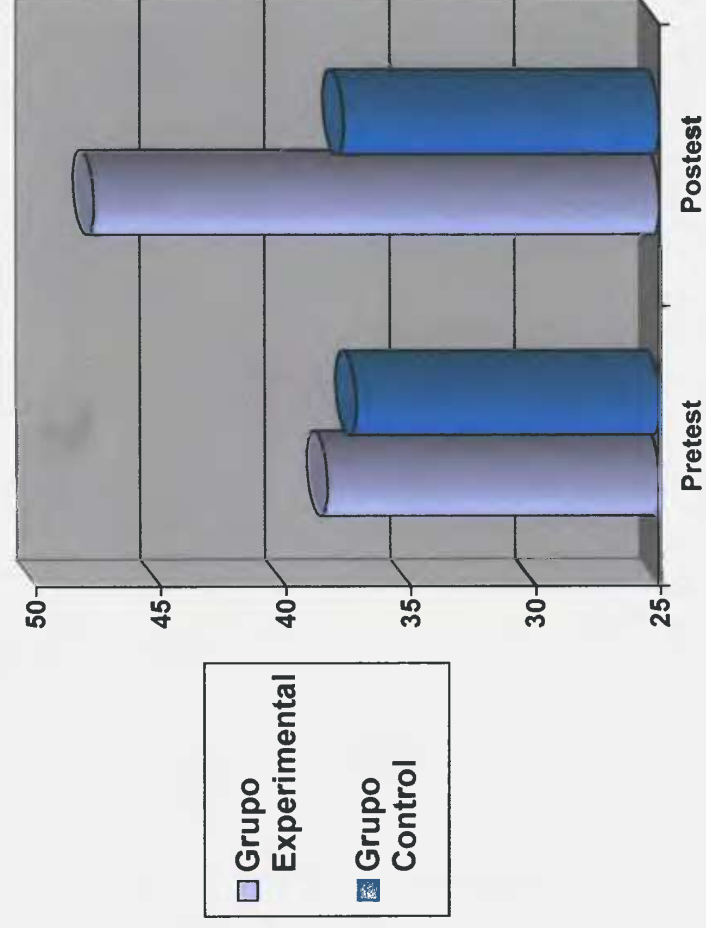
**Figura 2. Medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-
escala de Cognición Social de la Escala GEOPTE
de Cognición Social para la psicosis**



- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Cognición Social de la Escala GEOPTE de Cognición Social para la psicosis en los grupos Experimental y Control en el Pretest es de 3.92.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Cognición Social de la Escala GEOPTE de Cognición Social para la psicosis en los grupos Experimental y Control en el Posttest es de 7.06.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia de las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Cognición Social de la Escala GEOPTE de Cognición Social para la psicosis del grupo Experimental entre el Pretest y el Posttest es de 3.24.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia de las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Cognición Social de la Escala GEOPTE de Cognición Social para la psicosis del grupo Control entre el Pretest y el Posttest es de 0.07.
- El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 10 grados de libertad es de 1.8125.
- Se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula de que la media de las puntuaciones de la sub-escala de Cognición Social de la Escala GEOPTE de Cognición Social para la psicosis del grupo experimental tras la intervención es igual que la media de las puntuaciones obtenidas en la misma sub-escala del grupo control.

<p style="text-align: center;">CUADRO V.</p> <p style="text-align: center;">MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LA SUB-ESCALA DE AUTOCUIDADO DE LA ESCALA SOBRE EL PERFIL DE HABILIDADES DE LA VIDA COTIDIANA</p>		
	Pre-test	Post-test
Grupo Experimental n = 6	$\xi = 38.33$ $s = 2.94$	$\xi = 47.67$ $s = 4.55$
Grupo Control n = 6	$\xi = 37.17$ $s = 8.11$	$\xi = 37.67$ $s = 8.02$
<p>Fuente: Medición realizada por la autora en una muestra de personas con diagnóstico de esquizofrenia paranoide en fase de remisión parcial que residen en el Centro de Recuperación y Rehabilitación Tyhana de la República de Panamá</p>		

**Figura 3. Medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-
escala de Autocuidado de la Escala sobre el Perfil
Habilidades de la Vida Cotidiana**



- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Autocuidado de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana en los grupos Experimental y Control en el Pretest es de 0.33
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Autocuidado de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana en los grupos Experimental y Control en el Posttest es de 2.66.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia de las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Autocuidado de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana del grupo Experimental entre el Pretest y el Posttest es de 4.22.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia de las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Autocuidado de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana del grupo Control entre el Pretest y el Posttest es de 0.11.
- El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 10 grados de libertad es de 1.8125
- Contamos con evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación de que la media de las puntuaciones de la sub-escala de Autocuidado de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana del grupo experimental tras la intervención es menor que la media de las puntuaciones obtenidas en la misma sub-escala del grupo control.

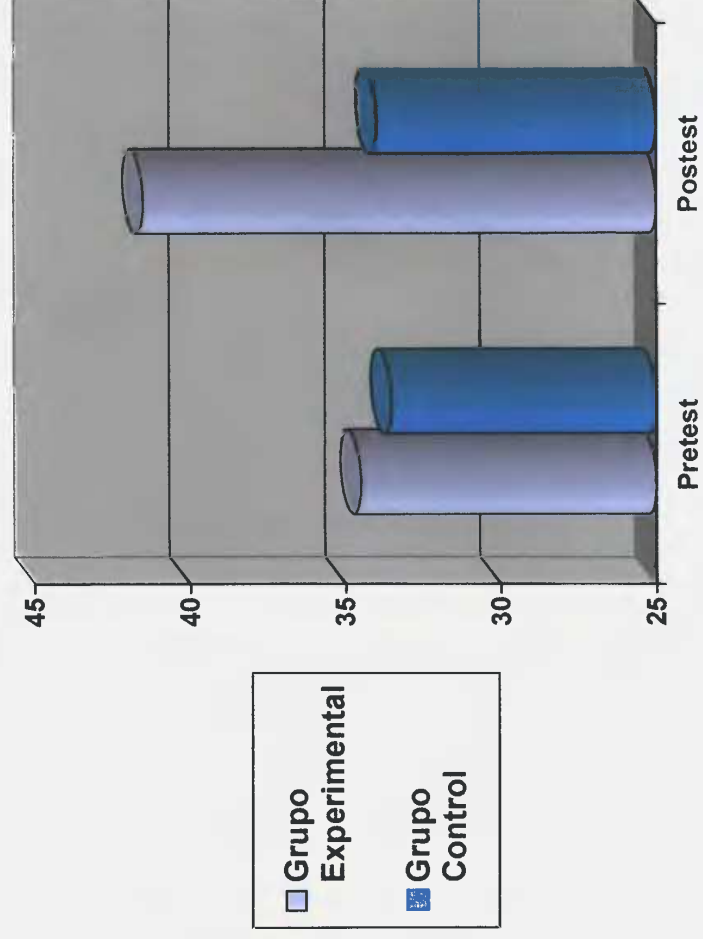
CUADRO VI.

MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LA SUB-ESCALA DE COMPORTAMIENTO SOCIAL INTERPERSONAL DE LA ESCALA SOBRE EL PERFIL DE HABILIDADES DE LA VIDA COTIDIANA

	Pre-test	Post-test
Grupo Experimental n = 6	$\bar{x} = 34.5$ s = 2.81	$\bar{x} = 41.5$ s = 4.04
Grupo Control n = 6	$\bar{x} = 33.5$ s = 4.37	$\bar{x} = 34$ s = 4.43

Fuente: Medición realizada por la autora en una muestra de personas con diagnóstico de esquizofrenia paranoide en fase de remisión parcial que residen en el Centro de Recuperación y Rehabilitación Tyhana de la República de Panamá

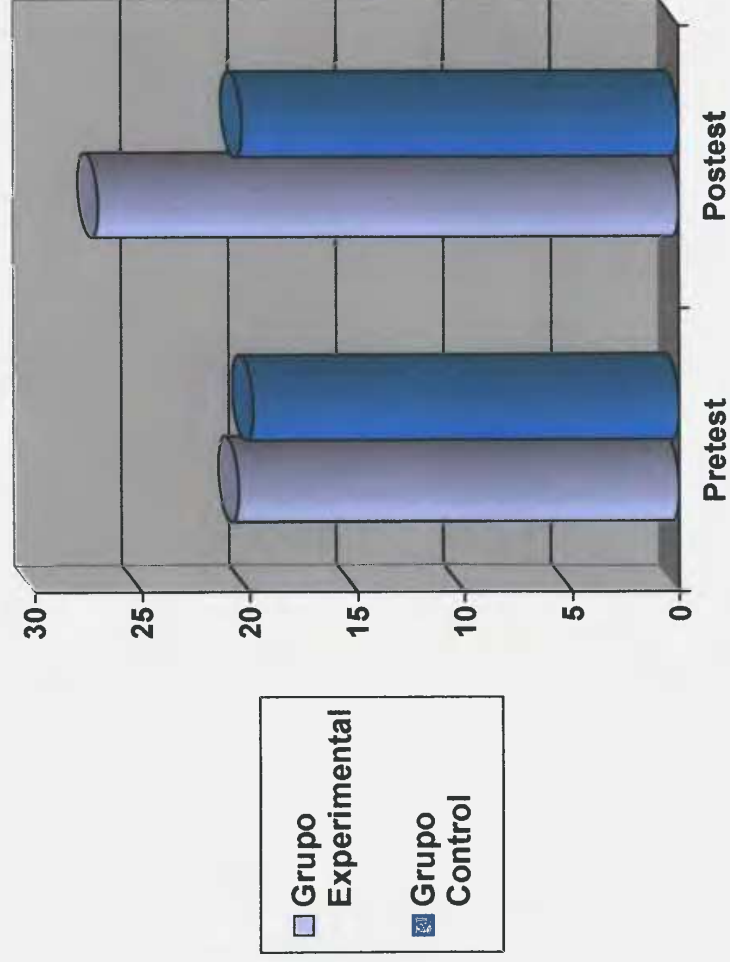
**Figura 4. Medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-
escala de Comportamiento Social Interpersonal de la
Escala sobre el Perfil de habilidades de la vida cotidiana**



- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Comportamiento Social Interpersonal de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana en los grupos Experimental y Control en el Pretest es de 0.47.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Comportamiento Social Interpersonal de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana en los grupos Experimental y Control en el Postest es de 2.62.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia de las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Comportamiento Social Interpersonal de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana del grupo Experimental entre el Pretest y el Postest es de 3.49.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia de las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Comportamiento Social Interpersonal de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana del grupo Control entre el Pretest y el Postest es de 0.20.
- El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 10 grados de libertad es de 1.8125
- Contamos con evidencia estadística para aceptar la hipótesis de investigación de que la media de las puntuaciones obtenidas de la sub-escala de Comportamiento Social Interpersonal de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana del grupo experimental tras la intervención es menor que la media de las puntuaciones obtenidas en la misma escala del grupo control.

<p>CUADRO VII.</p> <p>MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LA SUB-ESCALA DE COMUNICACIÓN-CONTACTO SOCIAL DE LA ESCALA SOBRE EL PERFIL DE HABILIDADES DE LA VIDA COTIDIANA</p>		
	Pre-test	Post-test
Grupo Experimental n = 6	$\xi = 20.5$ $s = 2.88$	$\xi = 27$ $s = 3.16$
Grupo Control n = 6	$\xi = 19.83$ $s = 9.37$	$\xi = 20.33$ $s = 7.87$
<p>Fuente: Medición realizada por la autora en una muestra de personas con diagnóstico de esquizofrenia paranoide en fase de remisión parcial que residen en el Centro de Recuperación y Rehabilitación Tyhana de la República de Panamá</p>		

Figura 5. Medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Comunicación-Contacto Social de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana



- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Comunicación-Contacto Social de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana en los grupos Experimental y Control en el Pretest es de 0.39.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Comunicación-Contacto Social de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana en los grupos Experimental y Control en el Posttest es de 3.86.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia de las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Comunicación-Contacto Social de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana en el grupo Experimental entre el Pretest y el Posttest es de 3.72.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia de las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Comunicación-Contacto Social de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana del grupo Control entre el Pretest y el Posttest es de 0.30.
- El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 10 grados de libertad es de 1.8125.
- Hay evidencia significativa para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación de que la media de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Comunicación-Contacto Social de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana del grupo experimental tras la intervención es menor que la media de las puntuaciones obtenidas en la misma escala del grupo control.

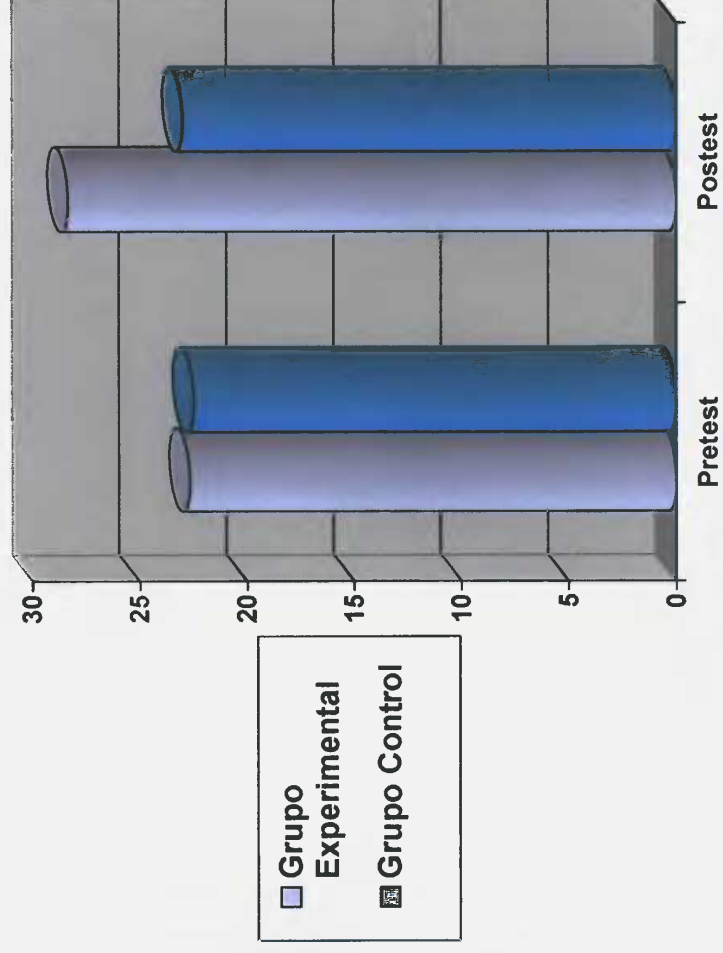
CUADRO VIII.

**MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS
EN LA SUB-ESCALA DE COMPORTAMIENTO SOCIAL NO PERSONAL DE LA
ESCALA SOBRE EL PERFIL DE
HABILIDADES DE LA VIDA COTIDIANA**

	Pre-test	Post-test
Grupo Experimental n = 6	$\xi = 22.67$	$\xi = 28.33$
	s = 3.27	s = 3.39
Grupo Control n = 6	$\xi = 22.5$	$\xi = 23$
	s = 3.21	s = 2.97

Fuente: Medición realizada por la autora en una muestra de personas con diagnóstico de esquizofrenia paranoide en fase de remisión parcial que residen en el Centro de Recuperación y Rehabilitación Tyhana de la República de Panamá

Figura 6.
Medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de
Comportamiento Social No Personal de la Escala sobre el Perfil
de Habilidades de la Vida Cotidiana



- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Comportamiento Social no Personal de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana en los grupos Experimental y Control en el Pretest es de 0.09.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Comportamiento Social no Personal de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana en los grupos Experimental y Control en el Posttest es de 2.90.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia de las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Comportamiento Social no Personal de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana del grupo Experimental entre el Pretest y el Posttest es de 2.95.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia de las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Comportamiento Social no Personal de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana del grupo Control entre el Pretest y el Posttest es de 0.28.
- El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 10 grados de libertad es de 1.8125.
- Se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula de que la media de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Comportamiento Social no Personal de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana del grupo experimental tras la intervención es igual que la media de las puntuaciones obtenidas en la misma escala del grupo control.

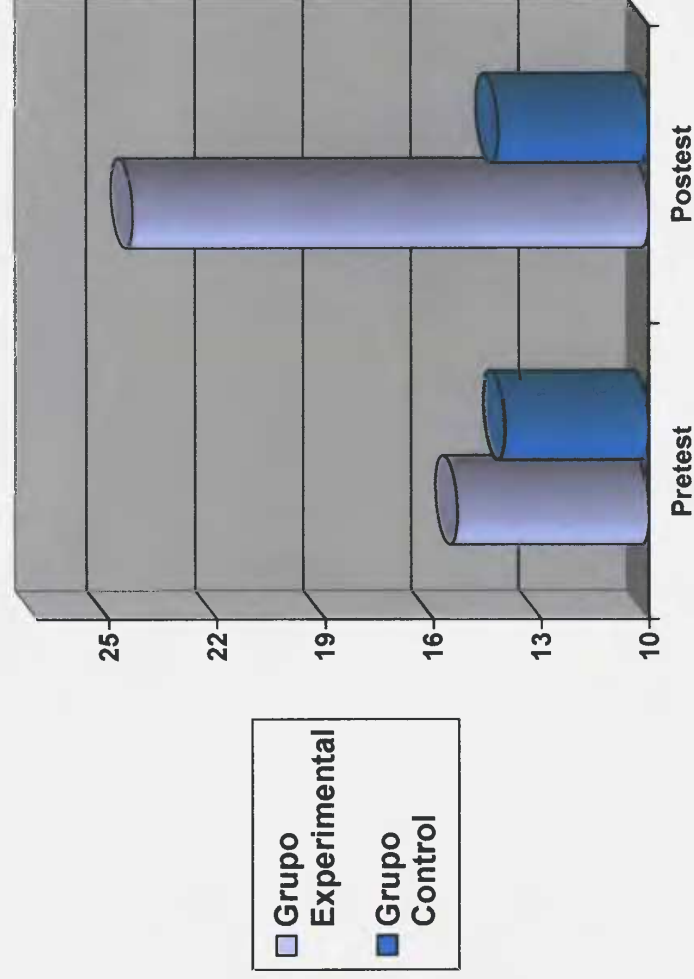
CUADRO IX.

MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR DE LAS PUNTUACIONES
OBTENIDAS EN LA SUB-ESCALA DE VIDA AUTÓNOMA DE LA ESCALA
SOBRE EL PERFIL DE HABILIDADES DE LA VIDA COTIDIANA

	Pre-test	Post-test
Grupo Experimental n = 6	$\xi = 15.33$	$\xi = 24.33$
	s = 6.02	s = 7.74
Grupo Control n = 6	$\xi = 14$	$\xi = 14.17$
	s = 8.37	s = 8.61

Fuente: Medición realizada por la autora en una muestra de personas con diagnóstico de esquizofrenia paranoide en fase de remisión parcial que residen en el Centro de Recuperación y Rehabilitación Tyhana de la República de Panamá

Figura 7.
Medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de
Vida Autónoma de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la
Vida Cotidiana



- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Vida Autónoma de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana en los grupos Experimental y Control en el Pretest es de 0.32.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Vida Autónoma de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana en los grupos Experimental y Control en el Postest es de 2.15.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia de las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Vida Autónoma de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana del grupo Experimental entre el Pretest y el Postest es de 2.25.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia de las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Vida Autónoma de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana del grupo Control entre el Pretest y el Postest es de 0.03.
- El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 10 grados de libertad es de 1.8125.
- Hay evidencia estadísticamente significativa para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación de las medias de las puntuaciones obtenidas en la sub-escala de Vida Autónoma de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana del grupo experimental tras la intervención es menor que la media de las puntuaciones obtenidas en la misma escala del grupo control.

DISCUSIÓN

El presente apartado presenta la interpretación de los resultados obtenidos, luego de haber hecho el análisis estadístico de las medias de las puntuaciones obtenidas en ambos grupos.

En esta investigación utilizamos dos escalas: la Escala GEOPTE de Cognición Social para la psicosis y la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana. Haremos el análisis de ambas escalas, tomando en cuenta las sub-escalas que fueron parte importante en nuestras mediciones.

Con respecto a la Escala GEOPTE de Cognición Social para la psicosis, utilizamos dos sub-escalas: la de Funciones Cognitivas Básicas y la de Cognición Social. En cuanto a la sub-escala de Funciones Cognitivas Básicas, encontramos una disminución estadísticamente significativa de las medias del grupo experimental, si comparamos los datos en cuanto al pre y al pos-test. Utilizando la *t* de Student, encontramos que el valor de fue 2.01, siendo un valor que cae dentro del área de rechazo de la $t_{c=1.8125}$. Por lo tanto, hay evidencia de que los resultados obtenidos no se deben al azar, sino al tratamiento mismo.

Esta sub-escala de Funciones Cognitivas Básicas mide la percepción que tiene la persona sobre el grado en que estas capacidades se encuentran deterioradas o no, lo que el autor de la escala denomina “quejas subjetivas o percepción subjetiva”. Cuando hablamos de funciones cognitivas tenemos que tomar en cuenta todo lo que está

relacionado con los procesos de memoria, concentración, pensamiento, reconocimiento, entre otras.

Consideramos que los resultados nos indican que al haber una disminución en estas quejas subjetivas o percepción que se tiene del déficit existente, podemos considerar que es favorable la aplicación de este programa en el mejoramiento de estas funciones, desarrolladas a lo largo del módulo de diferenciación cognitiva, el cual sirvió de base para el afianzamiento de funciones posteriores que se fueron desarrollando. Es importante esta mejoría, ya que las personas con esquizofrenia tipo paranoide sufren dificultades para concentrarse en estímulos que sean realmente relevantes, sin dejar a un lado la interferencia que se produce debido a las alucinaciones que son parte de su sintomatología, aún cuando se encuentran en fase de remisión parcial.

Este cambio fue notorio a medida en que se avanzaba con los siguientes módulos, ya que los participantes podían discriminar entre temas importantes, apartando conversaciones que no tenían relevancia con los tópicos del día. También lograron disminuir la distracción que les causaban los estímulos externos que se presentaban en el Centro, ya que en ocasiones pasaban cerca otras personas, siendo este un distractor al principio de la intervención, el cual vimos disminuir considerablemente. Otro aspecto que notamos fue la mejoría en cuanto a su memoria y a la capacidad de atender indicaciones, llevándolas a cabo de la manera solicitada.

La otra sub-escala, la de Cognición Social también nos dio resultados favorables en cuanto a la disminución de las medias del grupo experimental si se compara los resultados con los del grupo control. El valor de la t obtenida es mayor que la t_c por 2.2 puntos, razón por la cual contamos con evidencia estadística para rechazar la hipótesis

nula, aceptando que la media del grupo experimental luego del tratamiento, tuvo un aumento que es considerado significativo.

Al medir Cognición Social se toma en cuenta la percepción que tiene la persona sobre quejas subjetivas en cuanto a deterioro en su capacidad de percibir, interpretar y procesar las señales que recibe del medio social y la posibilidad de responder adecuadamente ante las mismas.

Estos resultados nos sugieren que los participantes lograron el mejoramiento de estos procesos, siendo favorable para su desempeño social, toda vez que entran en contacto con otras personas. En la esquizofrenia, se ve afectada el área de la percepción social en cuanto a las dificultades que se les presentan a las personas para poder desenvolverse en el medio ambiente, debido a la sintomatología paranoide presente en los mismos, que constantemente hace énfasis en la creencia de que otras personas tienen opiniones acerca de su funcionamiento, ya sea que los estén evaluando, espionando o conspirando un plan en su contra.

Muchos de los participantes nos comentaron que a medida en que se involucraban en las actividades, les era más fácil su convivencia en los momentos en que les era permitido salir a visitar amigos, familiares e incluso cuando hacían mandados. No se fijaban tanto en las miradas de las demás personas, ni se concentraban en pensar que le querían hacer daño. Podían convivir con otras personas sin creer ser el centro de críticas de parte de los que le rodeaban en situaciones sociales nuevas.

Respecto a la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana, hemos tomado en cuenta la medición de los participantes en cuanto a las cinco sub-escalas de la

misma, las cuales son: Autocuidado, Comportamiento Social Personal, Comunicación-Contacto Social, Comportamiento Social No Personal y Vida Autónoma.

Iniciando con la sub-escala de Autocuidado, encontramos que hubo un aumento significativo a nivel de las puntuaciones obtenidas en las medias, contrastando el grupo experimental antes y después de la intervención, corroborados con la T de student.

La sub-escala de Autocuidado mide la capacidad de mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación. Al promover el autocuidado de una persona con estamos buscando el bienestar integral de la persona en la vida cotidiana y lograr así el desarrollo humano. Involucra el esfuerzo de la persona para crecer y desarrollarse armónicamente en su diario vivir.

En la esquizofrenia paranoide encontramos que hay presentes prácticas que se relacionan con un mal manejo del cuidado personal, en cuanto a la frecuencia de los baños, el peinarse, usar artículos de higiene corporal, vestir ropas adecuadas para la ocasión, etc. Por esta razón consideramos importante que se haya producido un cambio significativo en cuanto a esta variable que resulta tan importante y muchas veces difícil de modificar.

Al principio, muchos de los participantes se presentaban a la terapia con una vestimenta un poco desarreglada, en ocasiones tenían huecos en las camisas e incluso estaban algo sudados y desaseados. Notamos que esto fue disminuyendo considerablemente, ya que se arreglaban más, usaban sus mejores vestidos, incluso usaban colonia, maquillaje, mejores calzados y ropa planchada.

La sub-escala de Comportamiento Social Personal mostró cambios significativos luego de la aplicación del tratamiento, por lo que se rechazó la hipótesis nula que consideraba que luego del tratamiento, no habría cambio alguno en las medias de las puntuaciones del grupo control y el experimental.

El Comportamiento Social Personal se mide las relaciones que tiene la persona con otros significativos para él, como lo son sus familiares, amistades e incluso se toman en cuenta las relaciones laborales, ya que involucran un contacto de la persona con su medio inmediato, gente con la cual tiene un vínculo establecido, ya sea más personal o de tipo profesional.

Como ya hemos mencionado en la esquizofrenia paranoide, hay dificultades para relacionarse debido al paranoidismo que está presente como componente de su enfermedad. Producto de esto, hay mucha desconfianza hacia las otras personas, sobretodo en las relaciones de pareja y las familiares. Por lo tanto, el aumento de las puntuaciones en cuanto al deterioro presente en el funcionamiento a nivel personal, nos sugiere algo muy positivo, dándole la oportunidad a los participantes de que tengan mejores relaciones interpersonales que pueden también estar ligadas con la posibilidad de formar una familia y llevarse mejor con sus parientes.

Notamos que los participantes al principio casi no saludaban, ni mantenían contacto visual, aspectos que fueron cambiando progresivamente, logrando que el saludo y la cortesía fuera parte indispensable de las sesiones diarias.

Los familiares de los participantes que mantenían contacto con ellos reportaron mejoría en cuanto al trato con los demás miembros de la familia. Nos comentaron que fueron más llevaderas las situaciones difíciles que se presentaban a nivel familiar e

incluso aportaban posibles soluciones a los problemas que se les presentaban. Hubo una disminución en las discusiones y los niveles de tolerancia ante la diversidad de opiniones se incrementó.

En la sub-escala de Comunicación-Contacto Social encontramos que el aumento de las puntuaciones también fue estadísticamente significativo, aceptando así, la hipótesis de investigación respaldados por la *t* de Student.

La Comunicación y el Contacto Social la capacidad de las personas para emitir un mensaje, ser entendidos y a la vez, poder dar una respuesta cuando le corresponde ser receptor. Está ligado al Contacto Social ya que para poder desenvolverse en el medio es necesario poder desarrollar una forma apropiada de comunicación, es decir, entender lo que los demás le dicen y darse a entender.

La anhedonia se manifiesta en la esquizofrenia paranoide, en la cual la persona no tiene interés en relacionarse con los demás, sino que hay tendencia hacia el aislamiento social. Por lo tanto, consideramos que el hecho de que la puntuación haya aumentado, muestra un menor nivel de deterioro, que puede ayudar a los participantes a que muestren cada vez mayor interés en salir de su casa, realizar visitas y demás actividades de tipo social que le ayuden a mejorar su interacción con el medio.

Muchos participantes hacen funciones de mensajería en las áreas aledañas al Centro. Reportes de enfermería sugieren que las tareas encomendadas eran cumplidas a cabalidad, siendo amables con las personas que se encontraban en la calle y sobretodo con los que los atendían en los negocios a lo que iban.

El lenguaje utilizado para comunicarse se fue modificando poco a poco, pronunciando mejor las palabras, eliminado lenguaje soez, circunstancial y muchas veces incoherente.

La sub-escala de Comportamiento Social No Personal mostró aumento en las puntuaciones obtenidas en la media del grupo experimental luego del tratamiento y apoyados en la T de student, obtuvimos resultados estadísticamente significativos, dejando de un lado, la probabilidad de que el éxito del tratamiento en cuanto a esta variable haya sido producto del azar.

El Comportamiento Social No Personal mide aquellas relaciones que establece la persona en su entorno, pero a diferencia de las relaciones que se miden en la sub-escala de Comportamiento Social Personal, estas son de tipo menos íntimo y no requieren que la persona tenga algún vínculo afectivo o muy cercano con el otro. Estas incluyen las relaciones ordinarias que se establecen en una tienda, con un vendedor, mesero, etc. Es decir, todas aquellos contactos que se hacen de forma ocasional que requieren que la persona interactúe pero no se involucre tanto ni tenga que conocer a profundidad a la otra persona o darse a conocer a sí mismo.

Todas las variables están muy relacionadas, sobretodo las tres últimas en las que notamos que el común denominador es la forma en que se relaciona y el contacto con otros en el medio social. En la esquizofrenia paranoide, hasta las relaciones superfluas se hacen difíciles, por lo que consideramos que esta mejoría es importante y denota congruencia entre los resultados de las variables medidas.

Los participantes fueron capaces de mantener vínculos, que aunque no eran tan estrechos, podían ser considerados como aceptables, con las demás personas que habitan el Centro.

La sub-escala de Vida Autónoma mostró también una disminución en cuanto a la media de las puntuaciones obtenidas en el post-test del grupo experimental y están

respaldados por la T de student que considera que la t obtenida cae dentro del área de rechazo de la hipótesis nula.

Vida Autónoma se refiere a la capacidad de las personas para ser independientes, movilizarse con sus propios medios, explorar y desenvolverse adecuadamente, tomando sus propias decisiones, sin tener que depender de otros.

En la esquizofrenia paranoide, existe la tendencia de las personas a ser ayudados o apoyados por sus familiares, aspecto que consideramos adecuado, como en cualquier otra enfermedad. Lo que se presenta como inadecuado es la exagerada dependencia que se da de los cuidadores, sobretudo en torno al tema de la ingesta de medicamentos. Por lo tanto, es favorable este aumento en la puntuación de esta variable, dándole la oportunidad a los participantes de ser más independientes, tomar sus decisiones y valerse más por sí mismos.

Notamos un aumento en el interés de los participantes por hacer actividades en las que era preciso que tomaran decisiones, por ejemplo, las rutas que debían seguir para llegar a un lugar solos, salir de compras y visitar amistades.

CONCLUSIONES

Luego de haber aplicado el programa de IPT y analizado los resultados, podemos concluir lo siguiente:

El Programa de intervención de Terapia Psicológica Integrada (IPT) funciona para el incremento en el nivel de funcionamiento de una persona con esquizofrenia tipo paranoide en fase de remisión parcial, para que sea capaz de realizar actividades de la vida cotidiana.

En cuanto a las funciones cognitivas y de cognición social, encontramos una disminución en el nivel de deterioro percibido por los participantes, por lo que consideramos que esta mejoría es favorable, ya que permite el desarrollo de procesos importantes que se hayan deteriorados y que disminuyan su grado de déficit.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las diferencias de las medias que fueron propuestas en las hipótesis de investigación, rechazando todas las hipótesis nulas que proponían una igualdad de las puntuaciones obtenidas en las medias del grupo control y del experimental, luego del tratamiento.

La media de las puntuaciones obtenidas en el grupo control tuvieron cambios muy pequeños como para ser considerados como significativos, a la hora de contrastar el pre y el post-test. No hubo cambio estadísticamente significativo en cuanto a la mejoría del nivel de funcionamiento ni en cuanto a la disminución del deterioro en las áreas establecidas al inicio del tratamiento en este grupo.

Consideramos que fue adecuada la aplicación de la Escala GEOPTE de Cognición Social para la psicosis y de la Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana, ya que fueron de fácil aplicación, facilitando la relación con los participantes, quienes comprendieron a cabalidad la naturaleza de los ítems, al igual que sus informantes, quienes estuvieron claros en todo momento sobre el significado de los mismos.

Otro aspecto importante de las escalas es que los resultados se presentan en forma clara y fácil de comprender, ya que son bien estructurados y muestran el valor de cada variable o factor medido, sin ambigüedad.

Por tal razón, consideramos que la IPT es aplicable para el tratamiento de las personas con diagnóstico de esquizofrenia tipo paranoide en fase de remisión parcial, en el mejoramiento de las variables medidas, las cuales llevan consigo un componente de cambio a nivel cognitivo y también conductual.

RECOMENDACIONES

- Divulgar la existencia del Programa de Terapia Psicológica Integrada y motivar a las autoridades de salud encargadas para la implementación del mismo en instituciones en las que las personas permanecen, muchas veces, por más de tres meses hospitalizados, incluso luego de su fase post-aguda.
- Lograr la preparación de profesionales de la psicología clínica que se interesen en el tratamiento de este diagnóstico para poder trabajar en la eliminación de estigmas con respecto a esta discapacidad.
- Recomendar a los médicos tratantes de cada persona con esquizofrenia paranoide, que les sugieran a los familiares y a ellos mismos, que participen de programas de este tipo que realmente son eficaces y le ayudarán en el manejo de situaciones relacionadas con su discapacidad, desde la presencia de síntomas, así como la reducción del deterioro que se produce.
- Dar más importancia al tratamiento de la esquizofrenia paranoide, viendo esta condición desde varias aristas y tomando en cuenta que es posible la remisión de los síntomas, ya sea parcial o total, siempre y cuando la persona siga lleve el control de sus medicamentos y asista a un programa de intervención psicológica.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales -Texto Revisado (DSM-IV-TR). Masson, España.
- BOBES J., PAZ, M., BASCARÁN, M., SÁIZ, P. y BOUSOÑO, M. 2003. Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica. Tercera Edición. Ars Médica, España.
- BULBENA, A., FERNÁNDEZ DE LARRINO, P y DOMÍNGUEZ, A., 1992. Adaptación castellana de la Escala LSP (Life Skills Profile) Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana. Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría 20 (2): 51-60. [Online], <http://www.hospitalarias.org/publiynoti/libros/art%C3%ADos/169/art10.htm>
- CAVIERES, A y VALDEBENITO, M., 2005. Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría 43 (2): 97-108. [Online], www.scielo.cl/scielo.php?pid=0717-9227&script=sci_serial.
- CHINCHILLA, A. Guía terapéutica de las esquizofrenias. 2000. Masson, S.A., España.
- GARCÍA NIETO, R., DE LA TORRE, F., CANTERO, B. y GÓMEZ, J., 2003. Aplicación de la Terapia Psicológica Integrada a pacientes psicóticos crónicos en un Centro de Salud Mental. Asociación Española de Psiquiatría. [Online], www.asoc-aen.ed/web/docs/RevAEN91.pdf
- GARCÍA, S., FUENTES, I., GALLACH, E., RUIZ, J. y RODER, V., 2003. An Application of the IPT in a Spanish Simple: Empirical Study of the "Social Perception Programme". International Journal of Psychology and Psychological Therapy 3 (2): 1-12.
- GONZÁLEZ ARANDA, M.J., 2003. Tratamiento Cognitivo-Conductual de la Esquizofrenia. [Online], http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art39001
- HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ, C. Y BAPTISTA, P. 1998. Metodología de la Investigación. Segunda Edición. Mc Graw-Hill, México.
- JIMÉNEZ, M., RAMOS, F. y SANCHIZ, M., 1995. Las esquizofrenias: aspectos clínicos. En: BELLOCH, A., SANDÍN, B. y RAMOS, F., 1995. Manual de Psicopatología 2. Mc Graw Hill, España.
- KAPLAN, H. Y SADOCK, B. 1991. Psiquiatría Clínica. Editorial Médica Hispanoamericana, Argentina.
- KAZDIN, A. Métodos de investigación en Psicología Clínica. Tercera Edición. Pearson Educación, México, 2001.
- LÓPEZ-MATO, A. y MALAGOLD, S. 2001. Déficits cognoscitivos en la esquizofrenia. En: TÉLLEZ-VARGAS, J. y LÓPEZ-MATO, A., 2001. Aspectos neurocognoscitivos de la esquizofrenia. Nuevo Milenio Editores. Colombia.

- MUESER, K. 1997. Tratamiento Cognitivo Conductual de la Esquizofrenia. En: CABALLO, V. 1997. Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos 1. Editora Siglo XXI de España Editores, S.A, España.
- PARDO, V., 2005. Trastornos cognitivos en la esquizofrenia I. Estudios cognitivos en pacientes esquizofrénicos: puesta al día. Revista de Psiquiatría del Uruguay 69 (1): 71.
- RODER, V., BRENNER, H., HODEL, B. y KIENZLE, N., 1996. Terapia Integrada de la Esquizofrenia. Ariel, Barcelona.
- SANJUÁN, J., PRIETO, L., OLIVARES, M. ROS, S., MONTEJO, A., FERRE, F., MAYORAL, F, GONZÁLEZ-TORRES, M.A. y BOUSOÑO, M., 2003. Escala GEOPTE de Cognición Social para la psicosis. Actas Españolas de Psiquiatría 31 (3): 120-128.
- SARASON, I., SARASON, B., 1996. Psicología Anormal. El problema de la conducta inadaptada. Séptima Edición. Prentice Hall Hispanoamericana. México.
- SUE, D., SUE, DERALD y SUE, S. 1997. Comportamiento Anormal. Cuarta Edición. Mc Graw Hill. México.
- TÉLLEZ-VARGAS, J. y LÓPEZ, A. 2001. Aspectos neurocognoscitivos de la esquizofrenia. Nuevo Milenio Editores, Bogotá.
- VALLINA FERNÁNDEZ, O. y LEMOS GIRÁLDEZ, S., 2001. Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. Revista Psicothema 13 (3): 345-364. [Online], www.psicothema.com/psicothema.asp?id=459.
- VALLINA, FERNÁNDEZ, LEMOS GIRÁLDEZ, S., GARCÍA, A., OTERO, A. ALONSO, M. y GUTIÉRREZ, A., 1998. Tratamiento Psicológico Integrado de pacientes esquizofrénicos. Revista Psicothema 10 (2): 459-474.

APÉNDICES

- Certificación de Consentimiento Informado
- Hoja de información para el posible participante
- Revocación del Consentimiento Informado
- Consentimiento Informado
- Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana Life Skills Profile, (LSP)
- Escala GEOPTE de Cognición Social para la Psicosis

CERTIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Intervención cognitivo conductual basada en el programa de terapia psicológica integrada en personas con diagnóstico de esquizofrenia tipo paranoide en fase de remisión”

Yo, _____ certifico que a _____
(nombre y apellidos), se le ha dado la oportunidad de leerla información del estudio y hacer las preguntas y que él o ella comprende los asuntos discutidos y que su decisión de aceptar el ingreso en el grupo de estudio es voluntaria e informada y que he sido testigo de su firma.

Panamá, ____ de _____ de 2005.

Firma del informante:

HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL POSIBLE PARTICIPANTE

“Intervención cognitivo conductual basada en el programa de terapia psicológica integrada en personas con diagnóstico de esquizofrenia tipo paranoide en fase de remisión”

El objetivo del estudio para el que solicitamos su participación es intentar probar la eficacia del programa de terapia psicológica integrada en un grupo de personas con diagnóstico de esquizofrenia tipo paranoide en fase de remisión. Se quiere mejorar las capacidades cognitivas y las habilidades sociales de comunicación verbal y de relaciones interpersonales.

Para llevar a cabo el estudio necesitaremos de su colaboración para completar unas escalas de medición psicológica. Usted puede ser incluido en uno de los dos grupos, ya sea el experimental (que recibirá el tratamiento) o el grupo control.

Posteriormente, si usted es incluido en el grupo experimental, se realizará el programa terapéutico que consistirá en el seguimiento de cinco módulos: Diferenciación Cognitiva, Percepción Social, Comunicación Social, Habilidades Sociales y Relaciones Interpersonales. Este grupo tendrá que trabajar por espacio de 3 meses, tres veces a la semana, los días lunes, miércoles y viernes con sesiones que varían de 30 a 90 minutos, dependiendo del módulo en que se encuentre.

El carácter de su participación es voluntario, así como la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación terapéutica que usted mantiene con el Centro de Recuperación y Rehabilitación Tyahana ni se producirá perjuicio en su tratamiento.

Como beneficios derivados del estudio, se podrán destacar una mejora en sus capacidades de pensamiento, comunicación de tipo verbal y sus habilidades para relacionarse con los demás.

En cuanto a la confidencialidad, sólo las personas responsables de la elaboración del estudio tendrán acceso a los datos que se deriven de su participación en el mismo.

La investigadora responsable del estudio y de informarle y contestar sus dudas y preguntas es:

Psicóloga Vanessa Alguero. Puede contactarla a los teléfonos 226-0220 o al 6525-0163.

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Intervención cognitivo conductual basada en el programa de terapia psicológica integrada en personas con diagnóstico de esquizofrenia tipo paranoide en fase de remisión”

Yo, _____ (nombre y apellido) revoco el consentimiento
prestado en fecha _____ y declaro por tanto, que tras la información recibida,
no deseo continuar con el estudio.

Panamá, _____ de _____ de 2005.

Firma del representante:

Firma del informante:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Intervención cognitivo conductual basada en el programa de terapia psicológica integrada en personas con diagnóstico de esquizofrenia tipo paranoide en fase de remisión”

De acuerdo con los Derechos del Discapacitado Mental, establecidos por la OPS, que salvaguardan mi integridad y el uso de los procedimientos terapéuticos de diagnóstico e intervención de acuerdo a parámetros legales y éticos, yo, _____ (nombre y apellido) declaro que se me ha facilitado una hoja informativa, habiendo comprendido el significado del estudio.

Declaro que he podido hacer preguntas sobre el estudio y aclarar mis dudas. Declaro que he recibido suficiente información tanto verbal como escrita sobre la naturaleza y propósitos del estudio. Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en este estudio.

Panamá, _____ de _____ de 2005.

Firma y cédula del participante:

Cédula No. _____

4.8. Escala GEOPTE de cognición social para la psicosis



PACIENTE	
Nombre y apellidos _____	
Edad _____	Estado civil _____ Población _____ Fecha ____/____/____
Por favor, ponga un círculo en el número de la respuesta que mejor corresponda a su estado actual	
1. ¿Tiene dificultad para prestar atención?	
1. No	
2. Un poco	
3. Regular	
4. Bastante	
5. Mucha	
2. ¿Tiene dificultad para seguir una conversación en la que participan varias personas?	
1. No	
2. Un poco	
3. Regular	
4. Bastante	
5. Mucha	
3. ¿Le cuesta aprender cosas nuevas?	
1. No	
2. Un poco	
3. Regular	
4. Bastante	
5. Mucho	
4. ¿Se le olvidan encargos, tareas o recados?	
1. No	
2. Un poco	
3. Regular	
4. Bastante	
5. Mucho	
5. ¿Cuándo tiene que hablar con alguien le faltan las palabras?	
1. No	
2. Un poco	
3. Regular	
4. Bastante	
5. Mucho	
6. ¿Le cuesta entender de qué va una película?	
1. No	
2. Un poco	
3. Regular	
4. Bastante	
5. Mucho	
7. ¿Le cuesta encontrar el sentido de una conversación?	
1. No	
2. Un poco	
3. Regular	
4. Bastante	
5. Mucho	
8. ¿Tiene dificultades para reconocer las emociones de los otros (p. ej., tristeza, alegría o rabia)?	
1. No	
2. Un poco	
3. Regular	
4. Bastante	
5. Mucho	

4.8. Escala GEOPTE de cognición social para la psicosis



9. Cuando está en un grupo, ¿le suelen decir que interpreta mal las actitudes, miradas o gestos de los demás?
1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

10. ¿Se siente muy sensible a las miradas, palabras o gestos de los otros?
1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

11. Si está solo en casa y surge algún problema (p. ej., se estropea un electrodoméstico): ¿Le resulta difícil buscar una solución?
1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

12. ¿Le cuesta mantener la higiene personal (estar limpio y aseado)?
1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

13. ¿Le cuesta hacer planes para el fin de semana?
1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

14. ¿Tiene dificultades para hacer amistades?
1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucha

15. ¿Esta insatisfecho con su vida sexual?
1. No
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

Puntuación total:	<input type="text"/>
-------------------	----------------------

Comentarios que desee añadir: _____

4.8. Escala GEOPTE de cognición social para la psicosis



INFORMANTE	
Nombre y apellidos (del paciente) _____	
Fecha ____/____/____	Parentesco con el paciente _____
Convive con él <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Por favor, ponga un círculo en el número que corresponda según su impresión sobre las dificultades que tiene el paciente en cada uno de los siguientes temas. Si no tiene información sobre alguna de las preguntas déjela en blanco.	
1. ¿Tiene dificultad para prestar atención?	
1. No	
2. Un poco	
3. Regular	
4. Bastante	
5. Mucha	
2. ¿Tiene dificultad para seguir una conversación en la que participan varias personas?	
1. No	
2. Un poco	
3. Regular	
4. Bastante	
5. Mucha	
3. ¿Le cuesta aprender cosas nuevas?	
1. No	
2. Un poco	
3. Regular	
4. Bastante	
5. Mucho	
4. ¿Se le olvidan encargos, tareas o recados?	
1. No	
2. Un poco	
3. Regular	
4. Bastante	
5. Mucho	
5. ¿Cuándo tiene que hablar con alguien le faltan las palabras?	
1. No	
2. Un poco	
3. Regular	
4. Bastante	
5. Mucho	
6. ¿Le cuesta entender de qué va una película?	
1. No	
2. Un poco	
3. Regular	
4. Bastante	
5. Mucho	
7. ¿Le cuesta encontrar el sentido de una conversación?	
1. No	
2. Un poco	
3. Regular	
4. Bastante	
5. Mucho	
8. ¿Tiene dificultades para reconocer las emociones de los otros (p. ej., tristeza, alegría o rabia)?	
1. No	
2. Un poco	
3. Regular	
4. Bastante	
5. Mucha	

4.8. Escala GEOPTE de cognición social para la psicosis



9. Cuando está en un grupo ¿le suelen decir que interpreta mal las actitudes, miradas o gestos de los demás?
1. No 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho
10. ¿Se siente muy sensible a las miradas, palabras o gestos de los otros?
1. No 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho
11. Si está solo en casa y surge algún problema (p. ej., se estropea un electrodoméstico) ¿Le resulta difícil buscar una solución?
1. No 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho
12. ¿Le cuesta mantener la higiene personal (estar limpio y aseado)?
1. No 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho
13. ¿Le cuesta hacer planes para el fin de semana?
1. No 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho
14. ¿Tiene dificultades para hacer amistades?
1. No 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucha
15. ¿Está insatisfecho con su vida sexual?
1. No 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho
Puntuación total: <input type="text"/>
Comentarios que desee añadir: _____



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

4.3 ESCALA SOBRE EL PERFIL DE HABILIDADES DE LA VIDA COTIDIANA -LIFE SKILL PROFILE "LSP"-

Población diana: Personas con trastorno psiquiátrico. Se trata de una escala **heteroadministrada** para personas con enfermedades mentales crónicas, que no se encuentran en un momento de crisis. Debe tenerse en cuenta los tres meses pasados de forma global.

Cada ítem responde a una escala tipo Likert de mayor (4 puntos) a menor funcionalidad (1 punto). El LSP se compone de cinco subescalas. Una puntuación alta en cada escala o para el total del LSP indicaría un nivel de funcionamiento alto. Las puntuaciones de las subescalas vienen de la suma de las puntuaciones de los ítems de la siguiente forma:

- Autocuidado: 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 27 y 30.(A)
- Comportamiento social interpersonal: 2, 5, 6, 9, 11, 25, 29, 34, 36 y 37.(CSI)
- Comunicación – contacto social: 1, 3, 4, 7, 8 y 39.(C)
- Comportamiento social no personal: 28, 31, 32, 33, 35 y 38.(CSNP)
- Vida autónoma: 15, 20, 21, 22, 23, 24 y 26.(VA)

Autocuidado	
Comportamiento social interpersonal	
Comunicación – contacto social	
Comportamiento social no personal	
Vida autónoma	
PUNTUACIÓN TOTAL	



Cuestionario de Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana

1. ¿Tiene alguna dificultad en iniciar y responder en una conversación? (C)
 - ☐ Ninguna dificultad.
 - ☐ Ligeramente dificultad
 - ☐ Moderada dificultad
 - ☐ Extrema dificultad
2. ¿Suele meterse o interrumpir en las conversaciones de otros (por ejemplo, le interrumpe cuando está usted hablando)? (CSI)
 - ☐ No interrumpe en absoluto
 - ☐ Ligeramente intrusivo
 - ☐ Moderadamente intrusivo
 - ☐ Extremadamente intrusivo
3. ¿Está generalmente aislado de contacto social?(C)
 - ☐ No se aísla en absoluto
 - ☐ Ligeramente aislado
 - ☐ Moderadamente aislado
 - ☐ Totalmente (o casi) aislado
4. ¿Suele mostrarse afectuoso con los demás?(C)
 - ☐ Considerablemente cordial
 - ☐ Moderadamente cordial
 - ☐ Ligeramente cordial
 - ☐ Nada cordial en absoluto
5. ¿Suele estar normalmente enfadado o ser puntilloso con otras personas?(CSI)
 - ☐ En absoluto
 - ☐ Moderadamente
 - ☐ Ligeramente
 - ☐ Extremadamente
6. ¿Suele ofenderse fácilmente?(CSI)
 - ☐ No se ofende
 - ☐ Algo rápido en enfadarse
 - ☐ Bastante presto a enfadarse
 - ☐ Extremadamente presto a enfadarse.
7. ¿Suele mirar a las personas cuando habla con ellos?(C)
 - ☐ Contacto visual adecuado
 - ☐ Ligeramente reducido
 - ☐ Moderadamente reducido
 - ☐ Extremadamente reducido
8. ¿Resulta normalmente difícil entender a esta persona por la forma en que habla (por ejemplo, confusa, alterado o desordenadamente)?(C)
 - ☐ Ninguna dificultad
 - ☐ Ligeramente difícil
 - ☐ Moderadamente difícil
 - ☐ Extremadamente difícil
9. ¿Suele hablar sobre temas raros o extraños?(CSI)
 - ☐ En absoluto
 - ☐ Ligeramente
 - ☐ Moderadamente
 - ☐ Extremadamente
10. ¿Suele estar generalmente bien presentado (por ejemplo, vestido limpio, pelo peinado)?(A)
 - ☐ Bien presentado
 - ☐ Moderadamente bien presentado.
 - ☐ Pobrememente presentado
 - ☐ Muy pobrememente presentado
11. ¿Suele ser su apariencia personal (aspecto facial, gestos) apropiada para el ambiente en que se mueve?(CSI)
 - ☐ Intachable o apropiada
 - ☐ Ligeramente inapropiada
 - ☐ Moderadamente inapropiada
 - ☐ Extremadamente inapropiada
12. ¿Suele lavarse esta persona sin tener que recordárselo?(A)
 - ☐ Generalmente
 - ☐ Ocasionalmente
 - ☐ Raramente
 - ☐ Nunca
13. ¿Suele tener un olor ofensivo (por ejemplo, en el cuerpo, aliento o ropas)?(A)
 - ☐ En absoluto
 - ☐ Moderadamente
 - ☐ Ligeramente
 - ☐ Mucho



14. ¿Suele vestir ropas limpias normalmente o se asegura de que se limpiarán si están sucias?(A)
- ☐ Mantiene limpieza de la ropa
 - ☐ Moderada limpieza
 - ☐ Pobre limpieza de la ropa
 - ☐ Muy escasa limpieza de la ropa
15. ¿Suele ser negligente con su salud física?(VA)
- ☐ En absoluto
 - ☐ Ligeramente
 - ☐ Moderadamente
 - ☐ Extremadamente
16. ¿Mantiene normalmente una dieta adecuada? (A)
- ☐ Sin problemas
 - ☐ Ligeros problemas
 - ☐ Moderados problemas
 - ☐ Graves problemas
17. ¿Suele estar normalmente atento o tomar personalmente su propia medicación prescrita (o hacerse poner las inyecciones prescritas al momento) sin que se le recuerde?(A)
- ☐ Muy confiable
 - ☐ Ligeramente no confiable
 - ☐ Moderadamente no confiable
 - ☐ No confiable
18. ¿Está dispuesto a tomar la medicación psiquiátrica cuando se la prescribe el médico?(A)
- ☐ Siempre
 - ☐ Normalmente
 - ☐ Raramente
 - ☐ Nunca
19. Cooperar esta persona con los servicios de salud (por ejemplo, médicos y/u otros profesionales de la salud?(A)
- ☐ Siempre
 - ☐ Normalmente
 - ☐ Raramente
 - ☐ Nunca
20. ¿Está normalmente inactivo (por ejemplo, gastando mucho de su tiempo sentado o de pie alrededor sin hacer nada)?(VA)
- ☐ Apropiadamente activo
 - ☐ Ligeramente inactivo
 - ☐ Moderadamente inactivo
 - ☐ Extremadamente inactivo
21. ¿Tiene intereses definidos (por ejemplo hobbies, deportes, actividades) en los cuales participa regularmente?(VA)
- ☐ Participación considerable.
 - ☐ Moderada participación
 - ☐ Alguna participación
 - ☐ No participa en absoluto
22. Asiste a alguna organización social (por ejemplo, iglesia, club o grupo de interés, excluyendo los grupos de terapia psiquiátrica)?(VA)
- ☐ Frecuentemente
 - ☐ Ocasionalmente
 - ☐ Raramente
 - ☐ Nunca
23. ¿Puede esta persona preparar normalmente (si lo necesita) su propia comida?(VA)
- ☐ Bastante capaz de prepararse comida
 - ☐ Ligeras limitaciones
 - ☐ Moderadas limitaciones
 - ☐ Incapaz de prepararse comida
24. ¿Puede esta persona irse a vivir por sí mismo?(VA)
- ☐ Bastante capaz de hacerlo
 - ☐ Ligeras limitaciones
 - ☐ Moderadas limitaciones
 - ☐ Incapaz totalmente
25. ¿Tiene problemas (por ejemplo fricciones, huidas, etc.) viviendo con otros en la familia?(CSI)
- ☐ Sin problemas
 - ☐ Ligeros problemas
 - ☐ Moderados problemas
 - ☐ Graves problemas
26. ¿Qué tipo de trabajo sería capaz de hacer (incluso aunque esté desempleado, retirado o haciendo trabajos domésticos no remunerados)?(VA)
- ☐ Capaz de hacer un trabajo a tiempo total.
 - ☐ Capaz de trabajo a tiempo parcial
 - ☐ Capaz solamente de trabajos protegidos
 - ☐ Incapaz de trabajar



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

27. ¿Se comporta de manera arriesgada (por ejemplo, ignorando el tráfico cuando cruza la calle)?(A)

- ☐ En absoluto
- ☐ Raramente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ A menudo

28. ¿Destruye esta persona propiedades?(CSNP)

- ☐ En absoluto
- ☐ Raramente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ A menudo

29. ¿Se comporta de forma ofensiva (incluida la conducta sexual)?(CSI)

- ☐ En absoluto
- ☐ Raramente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ A menudo

30. ¿Tiene esta persona hábitos o conductas que la mayoría de la gente encuentra antisociales (por ejemplo, escupir, dejar colillas de cigarrillos encendidos alrededor, ser desordenado en el baño, comer de una manera desordenada)?(A)

- ☐ En absoluto
- ☐ Raramente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ A menudo

31. ¿Suele perder propiedades personales?(CSNP)

- ☐ En absoluto
- ☐ Raramente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ A menudo

32. ¿Invade el espacio de otras personas (habitaciones, posesiones personales)?(CSNP)

- ☐ En absoluto
- ☐ Raramente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ A menudo

33. ¿Suele coger cosas que no son suyas?(CSNP)

- ☐ En absoluto
- ☐ Raramente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ A menudo

34. ¿Es violento con otros?(CSI)

- ☐ En absoluto
- ☐ Raramente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ A menudo

35. ¿Se autolesiona?(CSNP)

- ☐ En absoluto
- ☐ Raramente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ A menudo

36. ¿Se mete en problemas con la policía?(CSI)

- ☐ En absoluto
- ☐ Raramente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ A menudo

37. ¿Abusa del alcohol o de otras drogas?(CSI)

- ☐ En absoluto
- ☐ Raramente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ A menudo

38. ¿Se comporta irresponsablemente?(CSNP)

- ☐ En absoluto
- ☐ Raramente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ A menudo

39. ¿Hace o mantiene normalmente amistades?(C)

- ☐ Capaz de hacer amistades fácilmente
- ☐ Lo hace con cierta dificultad
- ☐ Lo hace con dificultad considerable
- ☐ Incapaz de hacer o mantener amistades